ENCYCLOPÉDIE PÉRIODIQUE DES SCIENCES MÉDICO-BIOLOGIQUES
Section : DERMATOLOGIE

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : ALBERT TOURAINE

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : ROBERT DEGOS



— 1944

MASSON & Cie

ABONNEMENT 1944
(ANNALES ET BULLETIN RÉUNIS)

France et Colonies	**270** fr.
Étranger. — Tarif nº **1**	**410** fr.
— — nº **2**	**430** fr.

Cette Revue constitue une des sections de l'**Encyclopédie périodique des sciences médico-biologiques.** Prix d'abonnement à l'ensemble des 25 sections : **France et Colonies** : **3.700** francs. **Étranger** : tarif I, **5.500** francs ; tarif II : **5.650** francs.

RÉDACTION

Pour les Annales, adresser les manuscrits au *Docteur Albert TOURAINE* 7, boulevard Raspail, PARIS (7e) (tél. LITtré, 30-60).

Pour le Bulletin, s'adresser au Secrétaire général, *Docteur Robert DEGOS*, 20, rue de Penthièvre, PARIS (8e) (tél. BALzac 32-46).

La Société Française de Dermatologie se réunit au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, à *9 heures du matin*, le deuxième Jeudi de chaque mois, sauf pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre.

Les Auteurs peuvent, à leurs frais, obtenir 50 tirages à part (au maximum) en adressant leur demande à la LIBRAIRIE MASSON et Cie, avant le tirage du numéro correspondant.

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Librairie MASSON et Cie, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e).

Téléphone : **Danton 56-11, 56-12** et **56-13**; Inter **Danton 31.** — Compte chèques postaux : Paris, **N° 599.**

TRAVAUX ORIGINAUX

PARAKERATOSIS SCUTULARIS DE UNNA (1)

1er CAS FRANÇAIS

Par MM. H. GOUGEROT et A. CARTEAUD
(Paris).

Cette dermatose est rarissime puisqu'on n'en compte que trois observations, la première d'Unna, la seconde de Patzschke, la troisième (1er cas français) est le jeune malade que nous avons présenté à la Société de dermatologie du 10 décembre 1942 et dont l'observation est publiée ci-dessous.

De la lecture des publications de Unna et de Patzschke, il ressort que les caractéristiques de cette parakératosis scutularis sont les suivantes :

— 1° Début dans l'adolescence et extension tardive.

— 2° Début par un état érythémato-squameux d'allure inflammatoire appelé par Unna « eczéma séborrhéique » avec atteinte des ongles.

— 3° Début par l'hyperkératose des orifices glandulaires formant des cônes cornés sur le placard rouge plus ou moins brunâtre et plus ou moins squameux.

— 4° A la période d'état, intensité extraordinaire de l'hyperkératose.

— 5° Présence à la face inférieure de la masse cornée de piquants ou de cônes correspondant aux orifices glandulaires.

— 6° L'épiderme que découvre l'ablation des plaques cornées est rouge, brillant, humide d'aspect, mais non suintant, avec les orifices glandulaires dilatés.

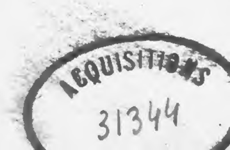
— 7° Processus épargnant les cheveux qui sont englobés dans la masse cornée quelquefois même les uns au-dessus des autres. Hyperkératose formant un aspect de manchon autour des cheveux.

— 8° Forme bombée creuse de la masse cornée parce que, et Unna insiste sur ce fait, étant adhérente sur ses bords, elle ne peut se développer qu'en se soulevant, et signe corollaire, Unna signale qu'après ablation de la plaque cornée, la peau apparaît pâle et tendue, puis elle se rétracte et rougit, n'étant plus tendue.

— 9° Intensité des lésions des ongles qui adhèrent sur les bords, se soulevant au centre, de même que les squames.

(1) P. G. Unna. Parakeratosis scutularis. *Internationaler atlas seltener Hautkrankheiten*, 1890, H. 3, n° 8, et *Histopathologie der Hautkrankheiten*, 1894, p. 291.

Publication périodique mensuelle.



— 10° État général conservé.

— 11° Évolution lente.

— 12° Guérison possible par l'acide pyrogallique de Unna et la trypaflavine (Patzschke) (1).

L'origine en reste inconnue, Unna la suppose parasitaire, mais sans aucune preuve.

3e Observation (1er cas français).

Le malade 138.970 est un garçonnet âgé de 13 ans 1/2 venu consulter le 15 septembre 1942 pour des lésions cornées excessives des paumes et des plantes.

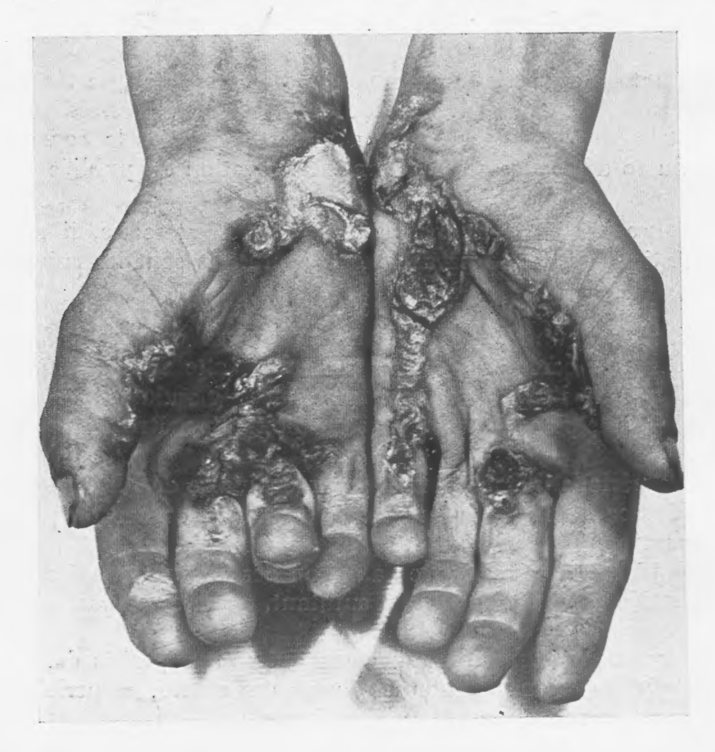


Fig. 1.

Les formations cornées sont apparues vers l'âge de 2 ans 1/2, peu de temps après une diphtérie; le début s'est fait par un pied; puis quelque temps après l'autre pied a été pris, et, sans pouvoir préciser davantage, la mère du jeune homme nous dit que quelques mois plus tard les mains furent atteintes à leur tour. Les lésions, d'abord peu étendues, ont augmenté tant en surface qu'en hauteur pour atteindre insensiblement l'aspect qu'elles ont aujourd'hui.

(1) Patzschke. Ueber einen Fall Parakeratosis scutularis. *Archiv für Dermat.*, Orig., 131, p. 312.
St. R. Brünauer. Article : Keratose. *Traité de Jadassohn*, VIII/2, p. 183.

1° *Aux paumes des mains* (fig. 1), la kératodermie est disposée suivant un V à sommet antibrachial, dont les deux branches nées du pli du poignet se terminent respectivement à la base de la 2e phalange du pouce et de la 3e phalange du 5e doigt. Au sommet du V la largeur des lésions est d'environ 30 millimètres alors que les branches du V ont une largeur variant de 8 à 15 millimètres. A la main gauche il existe une autre bande parallèle à la branche cornée interne de cette main, partant de la partie moyenne de la paume et aboutissant à l'interligne du pouce et de l'index.

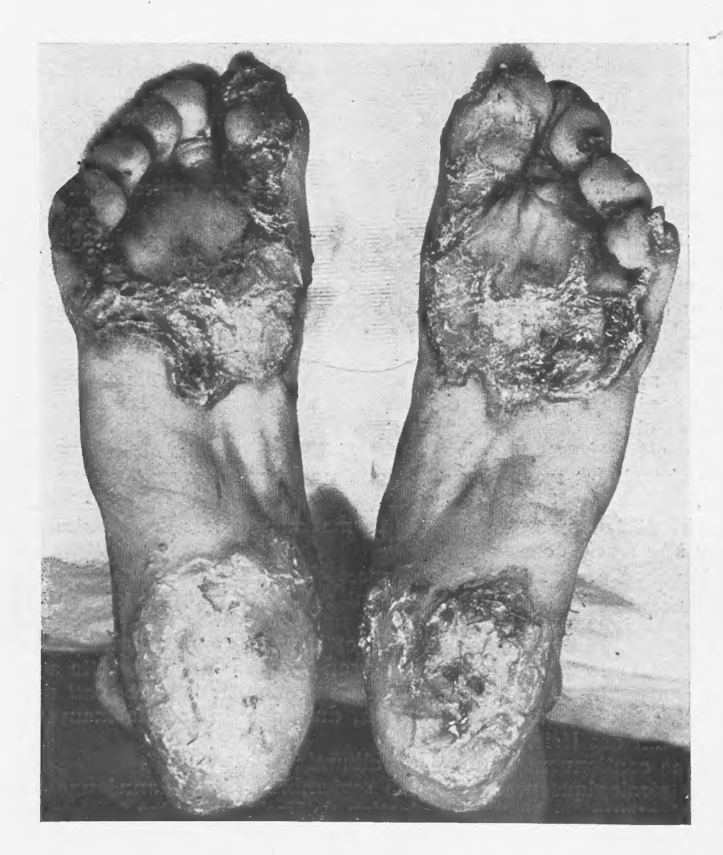


Fig. 2.

La surface de la kératodermie est inégale et irrégulière suivant les points envisagés. Généralement plane et épaisse de 5 millimètres sur les deux grandes bandes, elle est au sommet du V plus tourmentée et plus épaisse atteignant 15 millimètres de hauteur. En outre, il existe sur la main gauche plusieurs zones déprimées en cratères réguliers ovalaires, profonds de 5 millimètres et d'un grand diamètre de 5 à 7 millimètres. Entre l'index et le pouce de la main droite, existe une saillie cornée formant « menhir », haute de 15 millimètres. La kératodermie est peu friable ne s'effritant pas sous la curette et la consistance en est très dure. A la périphérie des masses cornées, on note un liséré rouge sur certains points, plus foncé en d'autres, liséré de 3 à 8 millimètres de largeur.

Ces formations cornées limitent l'extension des doigts en particulier pour la main gauche, le médius et l'annulaire formant une ébauche de griffe.

2° *Aux plantes* (fig. 2), il existe deux plages hyperkératosiques, l'une antérieure sous tout l'avant-pied et la face inférieure du gros orteil, l'autre sous la totalité du talon. Sous l'avant-pied, la plaque cornée a une forme de « fer à cheval » à concavité antérieure avec une extrémité sous le gros orteil et l'autre extrémité à la face externe du 5e orteil. La kératose est plus ou moins brunâtre et des zones foncées alternent avec des zones grisâtres et jaunâtres.

Aux talons, les plages sont ovalaires avec grand axe antéro-postérieur d'environ 60 millimètres, elles sont moins grisâtres qu'à l'avant-pied, plus jaunes et aussi plus planes et moins rocailleuses.

La région du creux du pied est indemne de kératose et le tégument est normal.

Les lésions des pieds, principalement celles de l'avant-pied, sont serties d'un liséré de 5 millimètres de large de coloration rose-rouge, plus net que celui des lésions des mains.

L'indocilité du malade n'a pas permis d'apprécier les signes d'Unna résumés ci-dessus : cônes de la face inférieure des plaques cornées, orifices glandulaires dilatés, forme bombée de la masse cornée adhérente sur les bords et soulevée au centre.

3° *Aux deux genoux.* — Une ébauche de kératose forme deux placards de 90 millimètres de diamètre, rose pâle, légèrement granités, donnant à la main qui les palpe une sensation de râpe.

Le reste du tégument ne montre pas d'anomalie ; la peau des coudes est souple et non kératodermique. Tous les autres plis de flexion, aines, aisselles, creux poplités sont d'apparence normale, mais dans l'ensemble le tégument est un peu plus sec quoique la maman nous dise que son garçonnet transpire normalement l'été.

Les ongles sont de consistance et de forme normales. Il n'existe pas de lésions des muqueuses et les dents n'accusent pas de dystrophie marquée. Toutefois, la voûte palatine est légèrement ogivale.

4° Le *cuir chevelu* est sec, et les cheveux d'un blond pâle sont très secs, courts et sans vitalité.

5° Il marche difficilement à cause des formations cornées des plantes et il a une gêne notable à se servir de ses mains.

6° Dans l'ensemble, le malade a un aspect chétif. Le thorax est étroit et la tête un peu enfoncée dans les épaules, qui sont saillantes. Il mesure 1 m. 34 et son poids est de 27 kilos ce qui, pour son âge est nettement inférieur à la moyenne. Toutefois, l'œil est vif, la figure assez éveillée et la mère nous dit qu'il travaille bien en classe, devant vraisemblablement passer son certificat d'études cette année.

L'examen complet n'a pas montré d'autres malformations si ce n'est une certaine déformation des jambes qui sont incurvées, due sans doute à la mauvaise statique du malade du fait des lésions plantaires.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Un examen sérologique pratiqué le 15 septembre 1942 a donné une réaction de Wassermann douteuse, = H. 6, une réaction de Hecht-Ronchèse faiblement positive = H. 4 ; une réaction de Kahn positive, + +.

Dans les antécédents personnels on ne relève qu'une broncho-pneumonie à l'âge de 1 an et une diphtérie à 8 ans 1/2. L'enfant a marché à 12 mois.

Dans les antécédents familiaux, il n'y a rien à signaler : le père est âgé de 48 ans et est en bonne santé, la mère également. Il a une sœur de 21 ans en très belle santé, ne présentant aucune malformation. Toutefois, la mère aurait eu en 1927, c'est-à-dire entre la naissance de la fille et du fils, une fausse-couche de 3 mois 1/2 à la suite d'un effort. Les réactions sérologiques de la mère, pratiquées le 9 octobre 1942, se sont montrées totalementnégatives.

Évolution et traitement. — Ce malade aurait été traité il y a deux ans à Orléans par les rayons X sur les plantes et sur les paumes, sans aucun résultat.

Les réactions de Wassermann suspectes du jeune malade nous font pratiquer chez lui 12 injections intramusculaires fessières de 0 mgr. 025 de bismuth. A la suite de

cette cure terminée vers le 1er novembre, l'état général s'est nettement amélioré, et les Bordet-Wassermann sont devenus négatifs. Le malade a engraissé de 3 kilos en deux mois, il pèse maintenant 30 kilos. Jusqu'alors, il avait le sommeil léger et troublé, il dort beaucoup mieux. La marche est plus facile, la kératodermie des pieds étant devenue moins pénible. Mais les lésions restent aussi intenses.

*

* *

Il est intéressant de reproduire l'observation princeps de P. G. Unna : Parakeratosis scutularis publiée dans l'*Atlas International des Maladies rares de la Peau*. T. **3**, 1890, n° 1, p. 5.

« Anamnèse. — M. A. P..., commerçant de Wernigerode, 41 ans, était atteint étant jeune homme, d'une petite plaque rouge, rude, siégeant au niveau du dos et avait toujours des pellicules dans la tête.

Il y a environ 6 mois, apparut une affection desquamante au niveau du cuir chevelu. Celle-ci envahit en l'espace de 2 mois la moitié supérieure de la tête, puis les membres inférieurs, plus à droite qu'à gauche et persista depuis cette époque au niveau des mêmes sièges. Il y a un peu plus de 6 semaines que les ongles commencèrent à se prendre.

État actuel. — Homme vigoureux, de taille moyenne, un peu gros, cheveux blonds. Le système pileux du corps est assez développé; iris bleus; faciès séborrhéique. Le malade ayant enlevé sa perruque, tout le cuir chevelu, à l'exception d'une bordure large d'environ 1 centimètre, apparaît recouvert de croûtes extraordinairement épaisses, un peu grasses au toucher, de consistance un peu calcaire dans les parties profondes. Ces croûtes englobent les cheveux en faisceaux. A un examen plus attentif, les cheveux isolés, présentent des espèces de manchettes d'aspect cireux, de couleur blanc jaunâtre, longues d'environ 1 centimètre et même davantage, dont l'ensemble se fusionne avec les autres croûtes du cuir chevelu.

La croissance des cheveux n'est cependant pas empêchée d'une façon notable. Les cheveux au voisinage des croûtes sont plus minces, plus secs, et plus gris que dans la région périphérique moins atteinte des tempes et de la nuque. A la limite antérieure du cuir chevelu, il existe une sorte de couronne sous forme d'une bande cutanée large de 1/2 à 1 centimètre, dépourvue de cheveux, rouge, très sèche et rude.

La région moyenne circumnasale et orale de la face ainsi que la région située entre les sourcils et au-dessus, présente un aspect très gras et rouge. Il en est de même des ailes du nez. Aux commissures des lèvres existent des croûtes dures, fines et blanches. Au niveau des deux sillons naso-labiaux, chaque orifice des follicules présente des cylindres cornés, blancs, fins, faisant saillie perpendiculairement à la surface de la peau, et par suite rappelant de petits poils. Au niveau de la barbe, de la région sous-maxillaire qui est très fournie, on trouve par places autour des poils de la rougeur avec croûtes minces et manchettes cornées blanches. Dans l'oreille et le conduit auditif externe existent des dépôts blanchâtres, calcaires, formés par des masses cornées et de minces cylindres cornés au niveau des orifices folliculaires.

La région sternale et la ligne médiane du ventre, le nombril et les régions entourant les mamelons sont couverts par une série de taches variant de la largeur d'un thaler à celui de la main, dont la couleur fondamentale est d'un jaune chevreuil clair, mais cependant plus clair que les taches du *pityriasis versicolor*, et plus brun que les taches de l'eczéma séborrhéique. Les plus jeunes de ces taches présentent un groupe de 6 à 8 ouvertures folliculaires qui font saillie au-dessus de la surface de la tache avec leur petite masse cornée.

Ces masses qui rappellent beaucoup les élevures cornées du *pityriasis rubra*

pilaire, sont d'un rouge jaunâtre, tandis que seul le territoire cutané qui les réunit présente la coloration jaune brunâtre dont nous avons parlé.

Les plus grosses masses cornées présentent à leur extrémité une couleur variant du blanc jaunâtre à celui de la craie, en se recouvrant de croûtes disposées horizontalement. Enfin, là où ces taches présentent une extension plus considérable on trouve d'ordinaire au centre une région recouverte d'une sorte d'élevure particulière formée de croûtes du volume d'une amande à celui d'une prune sèche, d'un blanc jaunâtre résultant de la confluence des croûtes de plusieurs follicules.

L'étendue de cette élevure est en général conforme à la grandeur des taches, cependant, au centre de quelques taches, on peut trouver aussi plusieurs grosses élevures squameuses séparées les unes des autres. La figure a une analogie éloignée avec les grands godets faviques dont le côté convexe se trouverait dirigé en dehors.

Au niveau de la région moyenne et inférieure du sternum, on trouve un groupe de 8 grosses élevures croûteuses s'élevant au-dessus de 6 taches. Ces élevures croûteuses sont entourées de nombreuses élevures plus petites, d'un diamètre de 1 centimètre à 1/2 centimètre et dirigées transversalement au grand axe du corps. En enlevant une croûte, ce qui se fait facilement, on trouve que la peau sous-jacente est d'un rouge foncé, humide et brillant, recouverte encore seulement par la couche cornée basale, non suintante, non hémorragique comme dans le psoriasis et non légèrement érodée à la périphérie comme dans l'eczéma séborrhéique nummulaire. Les ouvertures des follicules apparaissent grandement ouvertes quand on enlève les croûtes, car en enlevant ces croûtes les masses cornées deviennent adhérentes à la face inférieure de celles-ci, et sont enlevées avec elles, en dehors de la peau.

Cependant, la croûte se laisse détacher facilement dès que l'on a soulevé son bord avec un instrument mousse. L'on constate au niveau des grandes croûtes, mieux qu'au niveau des petites, une apparence caractéristique. Au moment où l'on soulève la croûte, la peau sous-jacente se rétracte un peu de telle sorte que les orifices des follicules se trouvent plus rapprochés les uns des autres. En même temps la tache débarrassée de la croûte, laquelle tache était d'abord pâle, devient d'un rouge foncé, comme si auparavant il y avait eu sur elle une sorte de pression.

Au dos, la région rachidienne moyenne est également atteinte de cette affection, se rétrécissant notablement jusqu'au sacrum pour ici s'élargir de nouveau. Cette bande se compose également de foyers folliculaires rouges, proéminents, reposant sur un fond bien clair. Au cou et à la région inférieure du dos, quelques follicules sont recouverts de croûtes blanches lesquelles sont en partie confluentes mais au niveau du cou se sont réunies sous forme de quatre grands boucliers caractéristiques. La tache sur laquelle reposent ces grosses croûtes paraît excessivement rude par suite de l'épaississement de la couche cornée au niveau des follicules.

Au niveau de la région antérieure des membres inférieurs, l'affection s'étend sous forme de taches disséminées, jusqu'au milieu de la cuisse ; séparée de celle-ci, la jambe présente une série de taches isolées se touchant à la périphérie, très rouges, qui sont recouvertes dans presque toute leur étendue (sauf une auréole libre périphérique) par une croûte cornée plate, épaisse, dure, extérieurement d'apparence crayeuse, intérieurement d'un brillant légèrement humide. Quelques-unes de ces taches atteignent la grandeur de la section longitudinale d'un œuf d'oie.

Ces efflorescences des membres inférieurs se distinguent de celles du tronc (outre leur étendue plus considérable) d'une part, par l'auréole d'un rouge bleuâtre qui entoure chaque croûte d'une façon régulièrement concentrique et, d'autre part, par la forme des croûtes qui sont plates et légèrement ondulées à leur surface, tandis que les grosses croûtes du tronc s'élèvent notablement au-dessus du niveau de la peau et présentent à leur surface externe une apparence imbriquée en terrasse, rappelant l'écaille d'huître.

Les bras sont seulement couverts de taches confluentes de cette affection du côté de la surface d'extension de la région supérieure des bras et sur toute l'étendue des avant-bras. Au niveau de l'avant-bras gauche, on trouve du côté de la surface de flexion six taches semblables dont une s'étend vers le pli du coude sans toutefois le remplir. Tous les ongles du malade sont également atteints de la façon suivante :

la région antérieure du lit de l'ongle est recouverte d'une couche cornée épaisse, ce qui fait que l'ongle se trouve soulevé au-dessus du lit de l'ongle mais plus au niveau des bords qu'au niveau du centre.

Au niveau des 2e et 3e doigts de chaque main, qui sont le moins atteints, on reconnaît nettement qu'il ne s'agit pas au début d'une affection de l'ongle lui-même, mais que celui-ci n'éprouve que des altérations secondaires (troubles de la coloration, fendillement).

Traitement. — Le malade qui est entré dans mon service le 8 février 1889 fut renvoyé guéri le 17 mars. Le traitement consista successivement dans l'emploi de l'acide pyrogallique (lequel détermina une vive irritation), de préparations résorcinées ou soufrées avec bains savonneux répétés. Sous cette influence, il se produisit à la tête une poussée abondante de jeunes cheveux; les ongles aussi ne tardèrent pas à reprendre leur aspect normal, sauf un léger épaississement au niveau de leur extrémité antérieure. Au niveau des taches du tronc, la peau présentant une pigmentation brune, à part cela, était normale. Le centre de ces taches au contraire, siège de grosses croûtes présente une coloration normale claire. Au niveau du dos, le siège antérieur de l'affection est encore indiqué par une coloration d'un rouge brun très léger. Aux deux jambes, on constate encore au niveau des régions antérieurement atteintes une coloration rouge de la peau.

Anatomie. — L'examen anatomique ne put être pratiqué que sur les produits pathologiques secondaires, c'est-à-dire les croûtes et les masses cornées retirées hors des follicules. En ce qui regarde les microorganismes cette recherche n'a donné qu'un résultat négatif, car les microbes rencontrés sur quelques croûtes ne se trouvaient pas partout.

Par contre, la structure des croûtes offrait un aspect particulier que jusqu'ici l'on n'a rencontré encore dans aucune autre maladie. Deux figures représentent la plus grande croûte du cou, dans sa grandeur naturelle, examinée du côté de sa face externe et de sa face interne; sa face externe est lisse et d'un blanc jaunâtre, légèrement bombée au niveau de sa ligne médiane, légèrement ratatinée sur les côtés, présentant plusieurs déchirures transversales et rappelant ainsi un peu un ongle d'orteil atteint d'onychogryphose. Les régions périphériques de la croûte déclinent en terrasse comme les croûtes du véritable rupia. Si l'on retourne la croûte, on constate que celle-ci est creuse et très mince, de telle sorte que sa hauteur qui dépasse de plus d'un centimètre doit être rattachée à sa forme très bombée. Une grande quantité de masses cornées disposées sous forme de piquants font saillie au niveau du fond et des régions périphériques de la face interne de cette croûte. Elles sont disposées d'une façon régulière correspondant aux orifices des follicules. Ces épines cornées se terminent d'une façon pointue à un niveau égal de telle sorte qu'elles deviennent toujours plus petites à mesure qu'on se rapproche du bord de la croûte. A leur point d'origine au niveau de la face interne de la croûte, elles s'étalent et en se réunissant constituent l'assise interne de celle-ci.

En certains points, il existe, entre les petites masses cornées, de petites plaques cornées horizontales, lesquelles d'ailleurs ne remplissent pas complètement partout la concavité de la croûte. Les mêmes apparences, mais à une échelle plus petite, se retrouvent au niveau de toutes les autres grandes croûtes, disposées sous forme de boucliers. Les petites croûtes isolées rappelant des gouttes de mortier présentent seulement la structure de croûtes sèches entièrement constituées par des cellules cornées. La disposition creuse des grandes croûtes doit donc, au moment de la confluence des croûtelles élémentaires, être déterminée par un nouveau moment mécanique. Je trouve ce moment dans la grande résistance qu'éprouve la grande croûte une fois formée dans son extension excentrique ultérieure au niveau de son bord externe replié. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est d'une part la disposition bombée des grosses croûtes, les croûtes se superposent les unes aux autres sous forme de terrasses, et se plient à leur milieu, car elles ne peuvent s'étendre suffisamment à la périphérie. D'autre part, l'observation directe nous apprend qu'en enlevant les grandes croûtes, la peau sous-jacente qui jusque-là était pâle et tendue

se rétracte et rougit violemment. Les croûtes des membres inférieurs, lesquelles étaient moins élevées et moins creuses, mais par conséquent plus étendues en surface, proviendraient de ce qu'elles ont rencontré dans leur extension une résistance moindre. Leur surface est moins ondulée.

Au microscope, les croûtes sont constituées par des couches de cellules cornées qui, suivant le point examiné, renferment plus ou moins de graisse, mais peu en général. Beaucoup d'entre elles renferment des plaques cornées d'apparence cireuse qui accolaient les cheveux mais pas autant qu'on aurait pu le croire, d'après la coloration jaune. Les masses et colonnettes cornées élémentaires qui sortent des follicules présentent microscopiquement une grande analogie avec les masses cornées du *pityriasis rubra* pilaire de Devergie. Elles sont également pointues au niveau de leur extrémité inférieure, larges au niveau de leur extrémité supérieure et constituées par des écailles cornées en forme de tubes englobés les uns dans les autres. Préparation à la potasse ; coloration à l'acide picrique. Souvent les masses cornées renferment plusieurs cheveux (3 dans une figure) lesquels se trouvent placés les uns au-dessus des autres dans la masse cornée et ont par conséquent quitté le follicule à des époques différentes. En outre, l'on constate dans plusieurs cas ce fait remarquable que les différents cheveux sont d'un calibre inégal, c'est le cheveu supérieur et le plus vieux qui est le plus mince. Si donc le hasard n'a pas recouvert plusieurs follicules avec plusieurs paquets de poils, il résulterait de ces figures que pendant l'existence d'un grand bouclier corné, un même follicule s'est agrandi avec le temps et par conséquent produit des cheveux plus épais, ce qui n'est pas impossible si l'on tient compte de la nature légèrement inflammatoire de l'affection.

Diagnostic différentiel. — Les croûtes cornées creuses sont par elles-mêmes si caractéristiques et présentent un aspect tellement particulier, qu'elles permettront coloration jaune. Les masses et colonnettes cornées élémentaires qui sortent des follicules présentent microscopiquement une grande analogie avec les masses cornées de notre affection. Mais leur disposition limitée en petites plaques au niveau des endroits de prédilection de catarrhe séborrhéique, la coloration brunâtre de l'auréole qui entoure les follicules malades du tronc, et les scutules creuses colossales, distinguent facilement notre affection du *pityriasis rubra* pilaire.

Épicrise. — Nous avons affaire ici à une anomalie de la kératinisation (parakératose) qui atteint le corps par îlots et est accompagnée de phénomènes inflammatoires légers et superficiels. Celle-ci pénètre dans la profondeur des follicules malades et produit des masses cornées caractéristiques. Celles-ci se fusionnent sous forme de gros boucliers avec la couche cornée sous-jacente épaissie d'une façon anormale sur le tronc ; ces boucliers en s'accroissant davantage se soulèvent fortement au-dessus de la peau. Au cuir chevelu, les cheveux sont réunis par des masses cornées qui finissent par se fusionner en une véritable calotte. C'est ainsi que l'accroissement des cheveux est arrêté. Au niveau des ongles la maladie détermine une production cornée sous-unguéale avec soulèvement de l'ongle. Au niveau des membres inférieurs le caractère inflammtoire de l'affection apparaît plus nettement autours des croûtes. L'affection ne retentit pas sur l'état général. Elle présente une évolution chronique et offre au traitement une certaine résistance. Comme toutes les parakératoses, elle appartient probablement au groupe des affections parasitaires.

Situation dans un système de nomenclature. — L'affection se rattache évidemment aux autres parakératoses inflammatoires et en particulier au pityriasis pilaire de Devergie. En raison de la forme en bouclier des grandes croûtes, je propose de lui donner le nom de : parakératose scutulaire » (Unna).

La deuxième observation publiée par Patzschke en 1921 était une fillette de 4 ans 1/2 dont les lésions envahissaient la moitié droite du visage puis à gauche la partie antérieure du cuir chevelu, le pavillon de l'oreille, une partie de la lèvre supérieure, puis les ongles et le pouce gauche.

Patzschke a pu faire l'histologie de sa malade :

« Dans la profondeur de la peau, aux extrémités inférieures des follicules pileux et des glandes sudoripares, rien d'anormal. A une hauteur correspondant à la moitié des follicules pileux, le derme est parcouru par un infiltrat épais de petites cellules qui augmentent à la partie supérieure et, dans le corps papillaire, s'accompagne d'un œdème important qui boursoufle les papilles en massues.

« Entre les papilles cornées, les cônes ou arêtes papillaires (Epithelleisten) apparaissent étirés et amincis. Les infiltrats sont formés pour la plus grande partie de petites cellules rondes et contenant des plasmocytes disséminés. Dans le corps papillaire existent des leucocytes nombreux qui envahissent les parois élargies en entonnoir des follicules pileux, dans lequel ils entourent les tiges des cheveux en forme de lames puis ils l'accompagnent sur une longue étendue et enfin cessent.

« L'épiderme, qui dans la plus grande partie est œdémateux, montre une kératinisation puissante plane où les écailles cornées avec leur constitution homogène et uniforme sont caractéristiques. »

Leur constitution rappelle les altérations des cornes cutanées. Le processus, d'après les constatations d'Unna et Patzschke, est donc une inflammation de la peau, marquée particulièrement autour des entonnoirs pilo-sébacés inflammatoires qui s'étale avec un œdème important des papilles et de l'épiderme et d'autre part, aboutit a une puissante hyperkératose. Dans la masse cornée homogène, apparaissent inclus des cheveux tout entiers, mais qui n'ont aucune altération.

La forte accumulation de leucocytes dans l'entourage le plus proche des tiges de cheveux pourrait peut-être faire penser qu'elle est due à un organisme inconnu (Patzschke). Pour le développement des différentes formes des masses cornées, il semble que leur degré soit proportionnel à l'infection du bord des écailles. Plus le processus inflammatoire est intense, plus est solide la cohésion entre les écailles et le cuir chevelu si bien que, par l'accroissement ultérieur des écailles, ces dernières doivent se recourber vers l'extérieur.

De fait, les écailles fortement recourbées sont difficiles à enlever ; au contraire, les écailles plates sont faciles. L'accroissement des écailles cornées repose pour la plus grande partie sur la production cornée des orifices folliculaires d'où sortent vers le dehors des cônes cornés s'élargissant fortement et fusionnant les uns avec les autres. Aussi, se développe peu à peu la masse cornée en forme de cupules qui repose sur les cônes cornés des follicules comme sur des colonnes.

La croissance des cheveux à l'intérieur des follicules apparaît à peine troublée.

Unna avait employé avec succès les pommades pyrogalliques, Patzschke recommanda le ramollissement des masses cornées, leur ablation énergique, et le nettoyage du cuir chevelu avec de l'huile de paraffine, puis l'emploi de la solution alcoolique de trypaflavine et une pommade à 1 o/o de trypaflavine.

LES ÉLÉIDOMES

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

Par M.-L. CHEVREL-BODIN, M. CORMIER et M. BELTAN
(Rennes).

Les éléidomes (Camphor oils Tumors des Anglais) sont des tumeurs provoquées chez l'homme par l'inoculation d'huiles végétales ou animales normalement résorbables. Certains sujets, à la suite de ces injections, réagissent. Au point d'inoculation, se constituent des tumeurs plus ou moins volumineuses dont l'évolution lente peut aboutir à l'ulcération.

L'étude de ces tumeurs est si intimement liée à celle des paraffinomes, vaselinomes — bien que leur nature soit différente — que, dans bien des cas, les observations d'éléidomes sont données en même temps que celles des vaselinomes et que leurs études se confondent. Cependant, en 1919, Darier sépare nettement les vaselinomes des éléidomes et, à l'occasion d'un cas de tumeur sous-cutanée consécutive à l'injection d'huile camphrée chez une malade de Brocq, il dit : « J'ai vu des productions morbides analogues aux vaselinomes résulter de piqûres d'huile camphrée qui étaient à base d'huile végétale ainsi que j'ai pu m'en assurer ; on serait en droit de les appeler : éléidomes ». Ce sont ensuite Bonnamour, Seminario, Pessano et Mosto, G. de May qui rapportent des observations de tumeurs après injection d'huile de palme et d'olive. Dans un important travail sur les vaselinomes, Ravaut et Lenormand signalent un certain nombre de tumeurs produites également par les huiles d'arachide, d'olive et autres huiles végétales. Nous-mêmes avons relaté l'observation d'une malade ayant, 8 mois après une série d'injections d'huile végétale camphrée, présenté une vaste tumeur qui s'était ulcérée.

Ces tumeurs, contrairement aux vaselinomes qui sont déterminés par des hydrocarbures inassimilables, sont produites par des graisses normalement assimilables. En effet, les solutés injectables employés en thérapeutique sont à base d'huiles végétales résorbables. Ce sont le plus souvent : l'huile d'olive, l'huile d'arachide et quelquefois l'huile d'œillette qui renferment 98 à 99 o/o de substance saponifiable et 1 à 2 o/o d'insaponifiable. Les substances saponifiables sont constituées par des glycérides d'acides gras divers : acide oléique, acide palmitique, acide stéarique, etc... Les huiles d'olive et d'arachide sont chimiquement très voisines ; cependant, l'huile d'olive contient une moyenne de 80 o/o d'oléine, l'huile d'arachide n'en contient que 60 à 70 o/o mais l'huile d'arachide contient jusqu'à 4 o/o

d'arachidine et l'huile d'olive n'en renferme que 0,5 o/o en moyenne. Administrées *per os* ou par voie parentale, ces huiles sont parfaitement dégradées.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que les huiles injectées sont en grande partie absorbées et transportées par les histiocytes. Elles subissent même sur place un commencement de dégradation (saponification par les lipases cellulaires et sanguines, catabolisme des acides gras libérés selon les différents processus classiquement décrits, β oxydation, ω oxydation...).

Vernes et Binet, inoculant des huiles végétales et animales aux doses de 0 cc. 5 à 1 cc. 5 dans les tissus cellulaires sous-cutanés, ont observé que leur résorption est très lente, pouvant demander des semaines et des mois. Pour ces auteurs, la résorption de l'huile se fait après une « réaction intense des tissus de voisinage. Des cellules mononucléaires, les unes d'origine sanguine, les autres, les plus nombreuses, provenant de la différenciation des cellules conjonctives, se groupent autour des gouttelettes d'huile, forment souvent une paroi kystique et interviennent activement dans cette résorption qui s'accompagne d'une saponification de l'huile ». Pour lente qu'elle soit, la résorption n'en est pas moins totale. Chez les animaux auxquels nous avons inoculé de l'huile d'olive et de l'huile d'arachide, tout au plus avons-nous pu constater quelques formations kystiques dans lesquelles l'huile, après quelques mois, était encore intacte. Cependant, chez certains individus, l'huile végétale provoque l'apparition de tumeurs. Ces tumeurs se développent au point d'inoculation de la substance huileuse ou à son voisinage immédiat. Après un temps plus ou moins long, généralement après 4 à 5 mois, parfois des années (40 ans, Bonnamour) elles apparaissent sous forme de nodosités sous-cutanées, nodosités arrondies, bien limitées, dures, mobiles et indolores. Ces nodosités augmentent plus ou moins vite de volume, se fusionnent et, de leur confluence naissent de vastes placards tumoraux irréguliers, bosselés, à limites imprécises, adhérents à la profondeur et aussi parfois à la peau. Celle-ci, à leur niveau, est érythémateuse, elle peut s'ulcérer, laissant échapper un magma caséeux, épais. L'ulcération, irrégulière, a peu de tendance à la cicatrisation.

Les placards tumoraux sont le plus souvent douloureux. Ils ne sont accompagnés d'aucune adénopathie. Dans l'étude histologique de ces tumeurs, trop souvent superposée exactement à celle des vaselinomes, elles sont décrites comme des tumeurs fibreuses creusées de kystes contenant des gouttelettes d'huile. Entre les kystes et les englobant, il existe un infiltrat cellulaire nodulaire formé d'éléments très voisins des cellules épithélioïdes de la tuberculose et des cellules géantes. A ces nodules épithélioïdes, se joignent des coulées de cellules vacuolaires ; lorsque les kystes ne sont pas entourés d'un infiltrat cellulaire, ils sont enserrés dans un conjonctif dense, fibreux.

Expérimentalement, jusqu'à présent, les essais de production de ces tumeurs étaient restés sans résultat. Weidmann et Jefferies en particulier,

inoculant sous la peau du singe de l'huile d'olive et de l'huile de lin, n'ont pu obtenir en aucun cas, de tumeurs. Cependant, au cours d'expériences faites avec des hormones sexuelles, nous avons pu constater, chez certains de nos animaux inoculés avec de l'huile d'olive contenant de la folliculine, des tumeurs qui, histologiquement, étaient identiques aux tumeurs décrites chez l'homme après inoculation de substances huileuses.

Reprenant cette étude, nous avons inoculé au lapin :

1° de l'huile d'olive neutralisée ;

2° de l'huile d'arachide neutralisée ;

3° de l'huile d'olive additionnée de 4 o/o d'acide oléique ;

4° de l'huile d'olive additionnée de 4 o/o d'acide ricinoléique ;

5° de l'huile phosphorée.

Nous avons tenté ces expériences pour chercher à déterminer l'élément responsable de la tumeur : corps étranger, impureté ou acidité de l'huile.

Chez les animaux ayant reçu de l'huile d'olive ou d'arachide pure, la résorption du produit se fait plus ou moins vite mais n'est suivie, en aucun cas, d'apparition de tumeurs. Par contre, chez les animaux ayant reçu de l'huile contenant des acides gras, il se produit des tumeurs identiques à celles que nous avions obtenues chez ceux qui avaient été inoculés avec de l'huile d'olive contenant de la folliculine, identiques également à celles qui sont décrites en pathologie humaine.

Le détail de nos observations sera donné dans la thèse de l'un de nous. Indiquons seulement que nous avons effectué deux séries d'expériences.

Dans la première, une centaine de lapins ont été inoculés avec de l'huile d'olive contenant de la folliculine. Sept de ces animaux ayant reçu, trois fois par semaine, 1 centimètre cube de solution huileuse de folliculine pendant des temps ayant varié de 3 mois à 26 mois, ont présenté, au niveau des points d'inoculation, des tumeurs. Celles-ci se sont développées de 2 à 13 mois après le début des inoculations. Des métastases dues au transfert des gouttelettes huileuses par les histiocytes ont été observées au niveau du foie.

Dans une deuxième série d'expériences portant sur 16 lapins :

2 lapins ont reçu deux fois par semaine, en injections sous-cutanées, 1 centimètre cube d'huile d'arachide,

2 lapins ont reçu deux fois par semaine, en injections sous-cutanées, 1 centimètre cube d'huile d'olive,

4 lapins ont reçus deux fois par semaine, en injections sous-cutanées, 1 centimètre cube d'huile d'olive contenant 4 o/o d'acide oléique,

4 lapins ont reçu deux fois par semaine, en injections sous-cutanées, 1 centimètre cube d'huile d'olive contenant 4 o/o d'acide ricinoléique.

4 lapins ont reçu deux fois par semaine, en injections sous-cutanées, 1 centimètre cube d'huile d'olive contenant 1 centimètre cube d'huile phosphorée.

Sept de ces animaux ayant reçu de l'huile contenant des acides gras et de l'huile phosphorée ont présenté des tumeurs. Celles-ci, développées au point d'inoculation, sauf une d'entre elles qui s'est faite à distance, dans le creux sous-claviculaire gauche, sont apparues de 4 à 12 mois après le début des injections. La dose moyenne injectée a été de 30 à 35 centimètres cubes d'excipient huileux.

Toutes ces tumeurs (première et deuxième série d'expériences) ont présenté les mêmes caractères cliniques et histologiques avec quelques variantes que nous signalerons :

Caractères cliniques. — Les tumeurs produites sont des masses plus ou moins volumineuses qui déforment les membres de l'animal; au début, elles sont petites,

irrégulières, bosselées, dures, mobiles sur les plans profonds. Elles augmentent de volume assez vite, se fusionnent et constituent parfois de larges placards tumoraux. Ceux-ci, irréguliers, durs, bosselés, s'immobilisent, adhèrent à la profondeur et leur excision entraîne de larges délabrements. Quelques tumeurs, cependant, restent bien encapsulées, mobiles et s'enlèvent aisément. Les tumeurs suscitées par les acides gras ont souvent évolué vers l'ulcération ; un magma caséeux très abondant éliminé a laissé des ulcérations irrégulières qui se sont mal cicatrisées. L'acide ricinoléique, plus particulièrement, provoque une rapide nécrose.

Étude histologique. — Le siège des tumeurs ainsi produites est le derme moyen, profond et l'hypoderme.

a) *Lésions du derme moyen.* — Sous un épithélium qui est sensiblement normal, parfois légèrement hyperplasique, le derme moyen apparaît infiltré par des lymphocytes et des plasmocytes groupés en minces coulées cellulaires. Cet infiltrat est accompagné de nodules peu volumineux formés, tantôt par des cellules géantes, tantôt par des cellules épithélioïdes très voisines des cellules épithélioïdes de la tuberculose. La similitude avec la tuberculose s'accentue du fait que l'infiltrat lymphocytaire se condense souvent au pourtour des nodules épithélioïdes. Cependant, parmi les lymphocytes qui délimitent ainsi les amas épithélioïdes, il existe toujours de nombreux plasmocytes. Enfin, parfois ici et là, mais d'une façon non constante, on peut voir un petit kyste creusé à même le derme.

b) *Lésions du derme profond et de l'hypoderme.* — Aux lésions élémentaires qui infiltrent le derme moyen, succèdent dans la profondeur, de vastes lésions qui constituent la tumeur elle-même. Ce sont des kystes et des lésions nodulaires dont la confluence forme une large nappe cellulaire tumorale.

1. *Kystes.* — Les kystes, de volume inégal, variant de la taille d'une vésicule adipeuse à celle d'une large cavité de plusieurs millimètres de diamètre, sont tantôt creusés au sein de la nappe tumorale (fig. 1), tantôt groupés dans un tissu conjonctif peu dense (fig. 2). Ils apparaissent alors séparés par des cloisons conjonctives plus ou moins larges dans lesquelles se disséminent des histiocytes à protoplasme vacuolaire et des cellules géantes. La paroi kystique est constituée par de grandes cellules acidophiles saillantes qui sont souvent multinucléées. Les kystes sont généralement vides de tout contenu sur les coupes à la paraffine ; il en existe quelques-uns qui sont remplis de cellules en voie de désintégration ou totalement désintégrées ; notamment dans les tumeurs produites par les acides gras, bon nombre de kystes sont bourrés de débris cellulaires nécrosés et souvent envahis par des leucocytes polynucléaires.

2. *Lésions nodulaires.* — La nappe tumorale est formée par la confluence de nodules cellulaires plus ou moins volumineux et dont les uns sont centrés par des kystes tandis que les autres sont compacts. Ces nodules cellulaires sont de deux sortes : les uns apparaissent formés par de grandes cellules à protoplasme finement spumeux, à noyaux bien colorables rejetés à la périphérie du corps cellulaire (fig. 3).

Certaines de ces cellules contiennent de larges vacuoles, d'autres sont creusées de cavités losangiques représentant le négatif de cristaux d'acides gras (fig. 4).

Enfin, parmi ces éléments, il en est qui sont multinucléés et affectent l'aspect des cellules de Touton avec une zone cytoplasmique centrale homogène fortement colorable dans laquelle se groupent les noyaux, avec une périphérie vacuolaire.

D'autres nodules sont formés par des cellules à protoplasme homogène acidophile (fig. 5) parmi lesquelles il en est quelques-unes qui sont multinucléées ; les noyaux se rangent en couronne à la périphérie du cytoplasme et l'aspect de ces éléments est très voisin de celui des cellules de Langhans.

Ces nodules sont limités et pénétrés par des lymphocytes et par des plasmocytes. Les deux sortes de cellules que nous venons de décrire et qui donnent à l'éléidome un aspect très caractéristique, ne sont, en réalité, que deux aspects d'un seul et même élément qui apparaît tantôt surchargé de graisses (histiocytes spumeux), tantôt libre de toute enclave (histiocytes à protoplasme homogène).

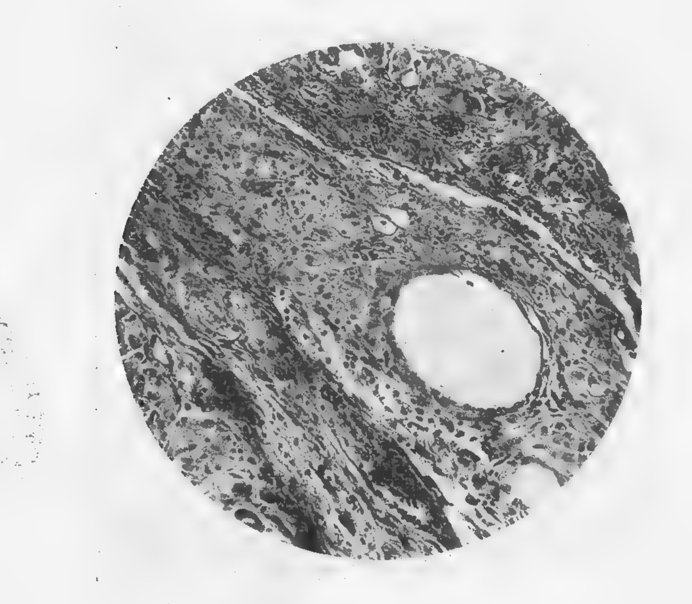


Fig. 1.

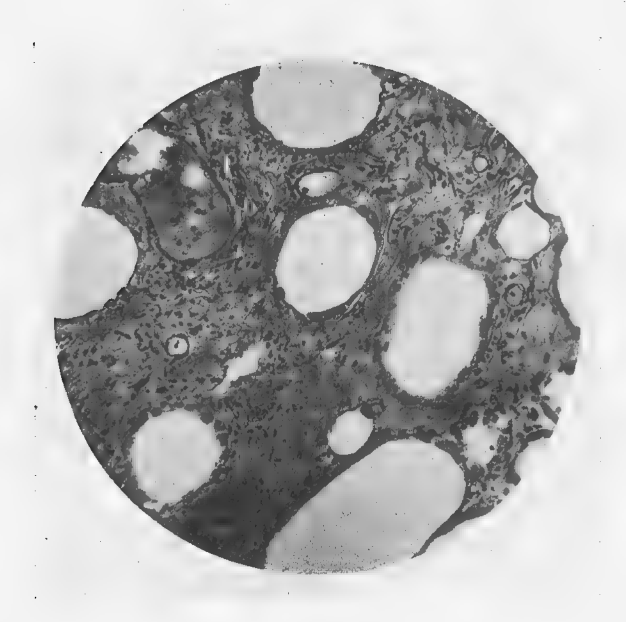


Fig. 2.

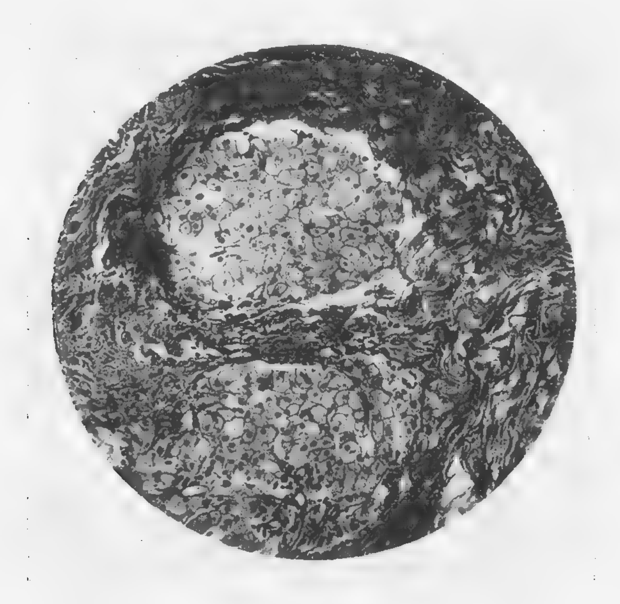


Fig. 3.

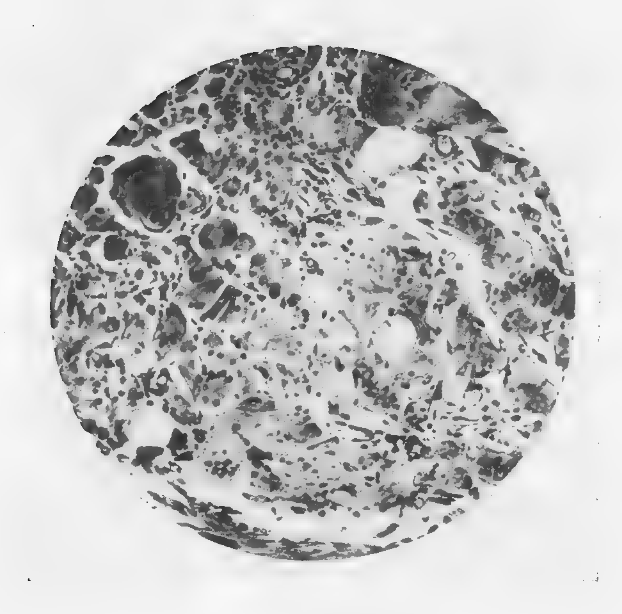


Fig. 4.

L'étude histochimique des coupes donne les résultats suivants : les colorations par le Scharlach, le Soudan III et le noir soudan permettent de mettre en évidence dans les kystes et dans le derme, des gouttelettes de glycérides. Le bleu de Nil colore en rose les graisses neutres qui s'accumulent dans les kystes et qui surchargent quelques histiocytes tandis qu'il colore en violet les produits de saponification et en bleu les produits saponifiés. La réaction de Liebermann-Burchardt (méthode de Schultze et Romieu) montre la présence, dans certains histiocytes, de cholestérol et de ses éthers.

Telle est l'image histologique des lésions obtenues chez l'animal, image qui, on le voit, se superpose à celle qui caractérise les lésions humaines et qui, évidemment, reste très voisine de celle des vaselinomes ou de celle des sarcoïdes de Darier-Roussy.

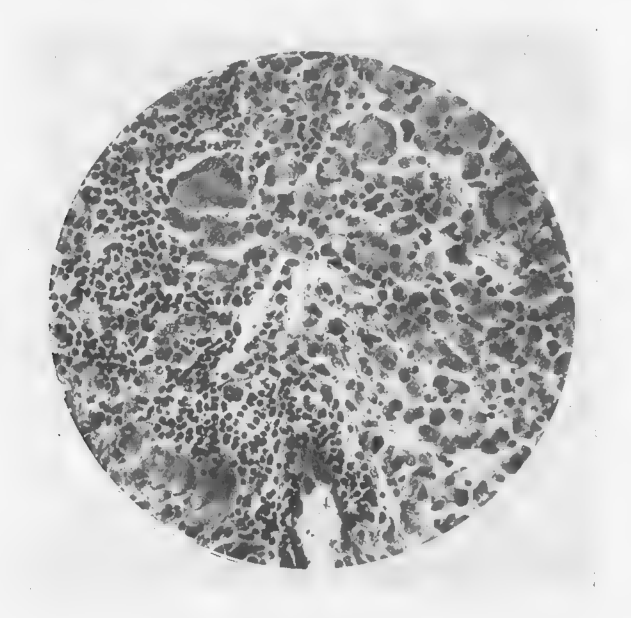


Fig. 5.

Un caractère histologique commun unit étroitement ces différentes lésions : le nodule épithélioïde. C'est en effet, cette lésion élémentaire que nous retrouvons dans les sarcoïdes, dans les éléidomes et les vaselinomes. C'est cette lésion élémentaire qui a pu permettre de conclure, à tort, à l'étiologie bacillaire de ces dernières tumeurs. Cependant, ce nodule épithélioïde ne présente pas toujours un aspect absolument identique ; suivant la lésion au cours de laquelle il évolue, il se présente avec quelques variantes, parfois minimes, mais qui ont leur importance.

Les lésions nodulaires des sarcoïdes sont caractérisées par Civatte « par l'acidophilie du protoplasme cellulaire avec apparence de demi-caséification d'emblée ». Les cellules épithélioïdes qui les constituent sont plus floues

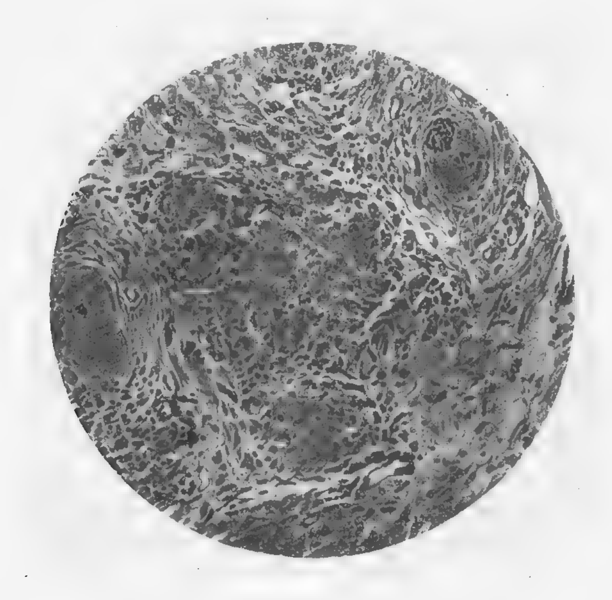


Fig. 6.

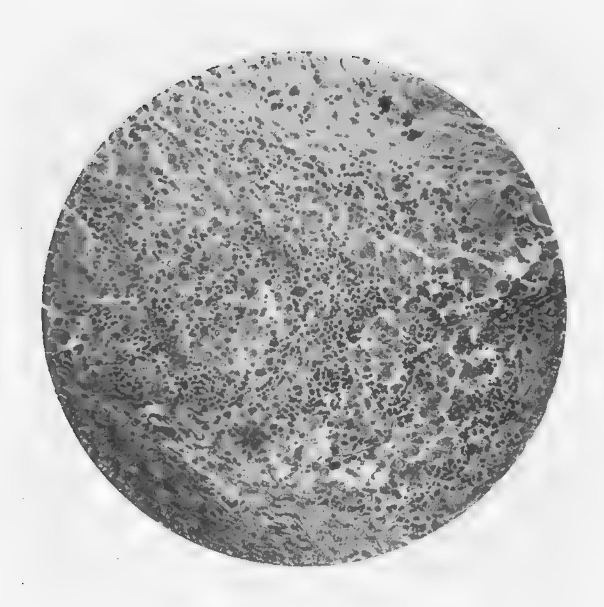


Fig. 7.

que celles de l'éléidome, enfin, les lymphocytes qui les accompagnent se répartissent généralement en couronne à leur périphérie (fig. 6).

Le nodule épithélioïde de l'éléidome se présente un peu différemment et ces différences varient suivant l'acide responsable de la production tumorale. C'est ainsi que dans les tumeurs produites à la suite d'injections d'acide oléique, les nodules épithélioïdes apparaissent constitués par des histiocytes à contours très nets, ne présentant aucune tendance à la nécrose. Leur acidophilie est moins marquée que dans la tuberculose. L'infiltrat lymphoïde qui les accompagne pénètre les nodules, s'y dissémine et ne leur forme pas, comme dans la tuberculose, une couronne périphérique. Enfin, parmi ces lymphocytes, il existe un grand nombre de plasmocytes (fig. 7).

Les nodules épithélioïdes produits par l'acide ricinoléique sont, au contraire, très rapidement frappés de nécrose ; ils apparaissent alors avec un centre totalement désintégré formant un magma acidophile et une périphérie constituée par un liséré d'histiocytes également plus ou moins désintégrés. Que dans l'éléidome et dans le vaselinome les lésions nodulaires relèvent, en partie tout au moins, de la Wucherungsatrophie, cela est certain, cependant, la lésion commune à la tuberculose, aux éléidomes et aux vaselinomes reconnaît une origine commune : l'acide gras.

On sait, en effet, que les diverses fractions lipidiques des graisses du bacille de Koch, en particulier l'acide phtioïque, ont la propriété de provoquer des réactions cellulaires caractéristiques de la tuberculose. A côté de cet acide, d'autres acides du même genre possèdent également cette même propriété. C'est ainsi que Anderson, Robinson, Buu Hoi et R. Ratsimamanga ont montré que l'acide $\alpha\alpha$-diméthylstéarique, que l'acide diméthyloléylacétique possèdent au plus haut degré un pouvoir générateur de cellules du type tuberculeux. Ceci démontre que certains acides gras possèdent les mêmes propriétés que les diverses fractions lipidiques actives du bacille de Koch et que le follicule tuberculeux peut être, en dehors de toute tuberculose, produit par ces acides.

Notons qu'au cours de leurs expériences, les auteurs précédemment cités n'ont pu obtenir de lésions tuberculoïdes avec l'acide arachidique. Nous-mêmes, inoculant de l'acide oléique et de l'acide ricinoléique dans le tissu cellulaire sous-cutané de lapins, avons obtenu des lésions tumorales constituées par un tissu tuberculoïde. L'acide phtioïque et les acides α-α-diméthylsubstitués sont donc susceptibles de produire, d'après les travaux de Buu Hoi et R. Ratsimamanga, des nodules épithélioïdes classiques avec cellules épithélioïdes, cellules géantes type Langhans et infiltrat lymphocytaire. Des acides gras non saturés tels que l'acide oléique, l'acide ricinoléique sont également susceptibles de produire dans le tissu cellulaire sous-cutané, des lésions nodulaires très voisines des précédentes mais qui s'en différencient par les caractères que nous avons exposés. Il est cependant bien évident que, quelles que soient ces variantes, il ne saurait être fait sur le seul nodule épithélioïde, de diagnostic différentiel entre sarcoïdes, éléidome, vaselinome. Sur l'ensemble d'une coupe par contre, la confusion paraît

difficile. Dans l'éléidome, en effet, le nodule épithélioïde est accompagné de kystes remplis d'huile, de nodules de cellules spumeuses, de coulées de cellules vacuolaires, d'amas de cellules multinucléées dont le protoplasme contient des cristaux d'acides gras, lésions qui n'existent jamais dans la tuberculose.

Certains caractères permettent également de séparer éléidomes et vaselinomes-paraffinomes. Dans le vaselinome ou le paraffinome un corps étranger irritant, non assimilable, détermine une réaction caractérisée par des lésions nodulaires, tuberculoïdes qui ne sont que le résultat de la lipophagie préludant à toute transformation de l'hypoderme en tissu fibreux dépourvu de graisse. Cette réaction n'est autre que la Wucherungsatrophie. Cette Wucherungsatrophie, nous la retrouvons dans l'éléidome, mais ici, une Wucherungsatrophie renforcée, si l'on peut dire car en plus de la résorption de la graisse endogène, nous avons à compter avec une résorption de la graisse injectée. Il s'ensuit des lésions un peu différentes. Dans l'éléidome, les lésions nodulaires sont surtout constituées par des histiocytes spumeux, vacuolaires, apparaissant bourrés de graisse neutre, d'ester du cholestérol sur les coupes à la congélation, contenant dans leur protoplasme des cristaux d'acides gras. Bon nombre de ces éléments multinucléés présentent plus particulièrement l'aspect des cellules de Touton. Dans les vaselinomes et les paraffinomes, les lésions nodulaires sont surtout constituées par des histiocytes à protoplasme homogène. Les éléments multinucléés se rapprochent plus de la cellule de Langhans que de la cellule de Touton. S'il existe, ici aussi, des histiocytes à enclave graisseuse, ils sont moins nombreux que précédemment et ce ne sont pas ceux-ci qui, comme dans l'éléidome, confèrent à la tumeur un aspect très particulier.

Une autre lésion se rapproche encore de l'éléidome : la cytostéatonécrose. Ici cependant, on ne trouve que des kystes remplis de cellules spumeuses auxquelles se mêlent quelques mononuléaires. Pas de kystes à contenu huileux, pas de nodules cellulaires comparables à ceux de l'éléidome.

La parenté morphologique de toutes ces lésions d'une étiologie si variée : sarcoïdes, paraffinomes, éléidomes, cytostéatonécrose, s'explique donc par le fait que le processus qui les détermine est la production d'acides gras. Ces acides gras, ou bien, sont introduits directement au point d'inoculation, ou bien, résultent d'un processus général intervenant localement.

En effet, l'expérimentation nous a permis de constater :

1° Que les animaux inoculés avec de l'huile phosphorée ont présenté un rapide trouble du métabolisme des graisses traduit par une surcharge graisseuse du foie et, localement, au point d'inoculation, par l'apparition de tumeurs du type éléidome.

2° Que les animaux inoculés avec de l'huile contenant des acides gras libres présentent, au point d'inoculation, des tumeurs du type éléidome.

3° Que certains animaux inoculés avec de l'huile contenant de la folliculine présentent un trouble important du métabolisme des graisses caractérisé par :

Une ascite abondante ;

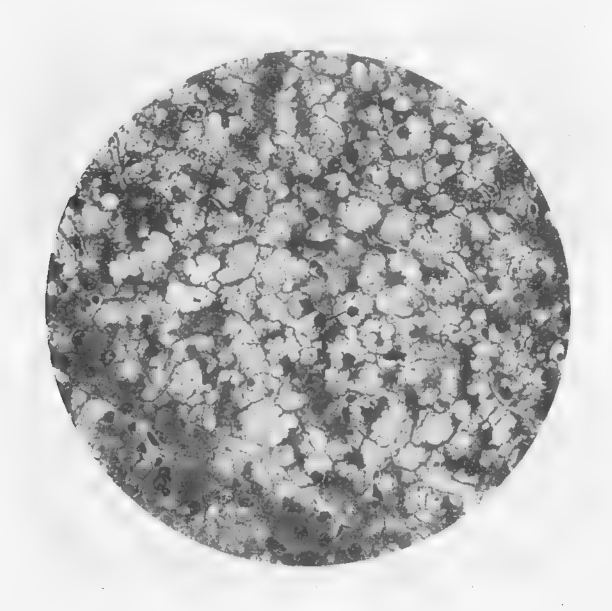


Fig. 8.

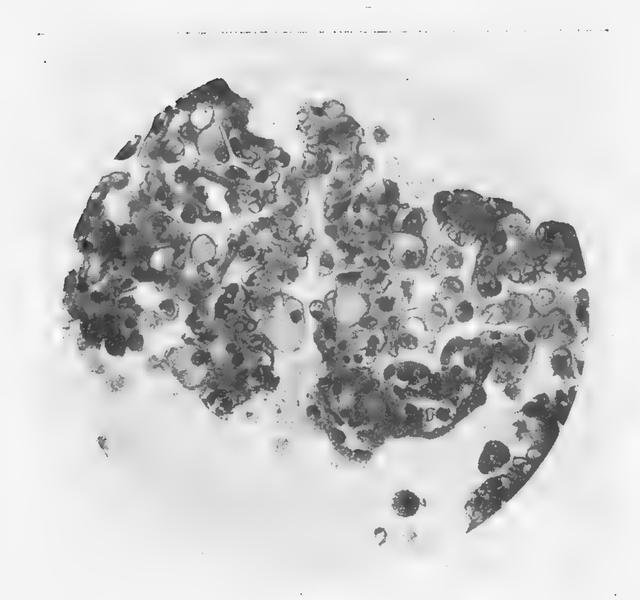


Fig. 9.

Une surcharge graisseuse du foie (fig. 8).

La présence de nombreuses cellules surchargées de graisse neutre et d'esters de cholestérol dans le poumon (fig. 9) et localement, au point d'inoculation, le développement de tumeurs du type Éléidome.

Ces éléidomes paraissent bien n'être chez ces animaux, qu'une manifestation locale du trouble général du métabolisme des graisses. Inversement, il n'y a d'ailleurs chez les animaux inoculés avec de l'huile contenant de l'œstrone, production de tumeurs que chez ceux qui ont présenté ce trouble du métabolisme des graisses. Chez les animaux ayant reçu des acides gras, le développement de l'éléidome est dû à la présence d'acides gras libres introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané. Chez les animaux ayant reçu de l'huile phosphorée ou de l'huile contenant de l'œstrone, la production tumorale doit être rapportée à la même cause, c'est-à-dire, à la présence d'acides gras libres au point d'inoculation. Ces acides gras proviennent du dysfonctionnement du métabolisme des graisses causé, d'une part, par le phosphore, d'autre part, par la folliculine.

Nous pouvons donc conclure que nous avons obtenu des éléidomes :

1° Directement : par apport local d'acides gras.

2° Indirectement : par la production d'acides gras qui se fait au cours de l'intoxication expérimentale par le phosphore.

3° Indirectement : par la production d'acides gras qui se fait au cours de l'intoxication créée, chez certains animaux, par une folliculinisation prolongée.

Ne peut-on concevoir alors que chez l'homme, de semblables tumeurs se produisent également lorsqu'il existe un trouble du métabolisme des lipides ? Que ce trouble soit d'origine hormonale ou de toute autre origine, ou, lorsque localement, il se fait, par suite d'injections d'huiles acides, un apport exagéré d'acides gras libres.

L'éléidome dont nous avons essayé de démontrer expérimentalement la pathogénie, constitue donc avec les sarcoïdes, avec toutes lésions liées à la Wucherungsatrophie (vaselinomes, cytostéatonécrose) un groupe de tumeurs à l'origine desquelles on retrouve l'acide gras.

Travail du Centre anti-cancéreux de Rennes.

La bibliographie de ce travail paraîtra ultérieurement dans la thèse de l'un de nous.

ANALYSES

2b. — *Peau* (histologie).

O. Schallweg. — **Die menschliche Haut in ihren Beziehungen zu Alter, Geschlecht und Konstitution** (La peau humaine dans ses rapports avec l'âge, le sexe et la constitution). *Zeitschrift für menschliche Vererbungs- und Konstitutionslehre*, vol. **25**, n° 2, 18 août 1941, pp. 206-228, 5 fig. Bibliographie.

Étude histologique comparée de la peau de 346 cadavres, prélevée sur la face externe et sur la face interne de l'avant-bras.

Sur la face d'extension : plus grande épaisseur de la peau dans son ensemble, pour les couches épithéliales et cornées, pour le chorion ; poils, glandes sébacées, fibres lisses et faisceaux collagènes plus nombreux ; par contre glandes sudoripares et faisceaux élastiques moins nombreux que sur la face de flexion.

Longue étude des modifications *selon l'âge* : amincissement progressif de l'épaisseur totale, des couches épithéliales, cornées, épineuses, du chorion, diminution du nombre des papilles, des cellules conjonctives, atrophie des faisceaux collagènes, dégénération et destruction du tissu élastique ; en outre, diminution des follicules pileux, des formations sudoripares, raréfaction, amincissement et dégénération des muscles lisses ; par contre, augmentation du pigment, élargissement des follicules pileux.

Chez l'homme la peau a une plus grande épaisseur d'ensemble, du chorion, des fibres lisses, mais moins de faisceaux élastiques (surtout sous l'épiderme) que chez la femme.

L'influence de la *constitution* sur la structure de la peau se laisse particulièrement voir dans le type « asthénique », surtout chez la femme (Bettmann). Il y a alors amincissement de l'ensemble aussi bien que de l'épiderme et de sa couche cornée ou du chorion, diminution des fibres musculaires et des poils, atrophie plus rapide des papilles, diminution précoce des faisceaux élastiques.

A. Touraine.

F. John (Fribourg-en-Br.). — **Zur vegetativen Nervenversorgung der menschlichen Haare und Haarmuskeln** (Sur le système nerveux végétatif des poils et des muscles horripilateurs chez l'homme). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **183**, n° 1, 30 mai 1942, pp. 1-14, 9 figures.

Travail soigné sur les études antérieures et sur les recherches personnelles de l'auteur. Il montre l'étroite combinaison des nerfs végétatifs et à myéline jusque dans leurs terminaisons dans les couches épithéliales, en tractus plasmatiques fibrillaires disposés en réseaux péricellulaires. Cette intrication explique les corrélations fonctionnelles multiples dans les réactions cutanées. A. Touraine.

2c. — *Peau* (physique).

Ch. Flandin et Luc Van der Elst. — **Les mesures micro-électriques de la peau et leurs rapports avec le pH.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **58**, nos 9, 10, 11, 10 février 1942, pp. 145 et 146.

Les auteurs proposent de substituer à la recherche entachée d'erreur du *p*H dans les tissus la microélectrométrie. Ils utilisent une électrode en platine quinhydrone

opposée à une électrode de comparaison au calomel saturé ; ce dispositif est opposé au courant étalonné fourni par une pile de référence. La lecture se fait directement en millivolts : au lieu de noter le *p*H de 0 à 7,87, on note le chiffre de millivolts entre 0 et 455 (55 millivolts correspondent à peu près à une unité de *p*H). Cette technique et cette notation permettront une exploration plus fructueuse des surfaces cutanées.

H. Rabeau.

Emil Bürgi (Berne). — **Die Durchlässigkeit der Haut für Arzneien und Gifte** (La perméabilité de la peau pour les médicaments et les poisons). Monographie de 112 pages et 8 figures (bibliographie) *J. Springer*, Berlin, 1942, RM. 6,60.

Importante étude de la littérature mondiale sur ce sujet et, surtout, des recherches personnelles de l'auteur (nombreuses expériences rapportées en détail).

La perméabilité de la peau n'est pas la même chez les animaux à sang chaud que chez ceux à sang froid ; on ne doit donc pas généraliser les résultats obtenus chez ces derniers.

Elle est nulle ou très faible pour l'eau ; les sels ne traversent qu'à haute concentration. L'élimination de l'eau et des sels ne se fait que par sécrétion glandulaire active et non par dialyse.

Certains gaz traversent sans difficulté, dans les deux sens (oxygène, acide carbonique, ammoniaque, anhydride sulfureux, etc.). L'oxyde de carbone ne pénètre pas. Les sels inhibent le passage de certains gaz (acide carbonique, anhydride sulfureux). Les iodures alcalins traversent mal. L'iode libre traverse probablement (mieux, ainsi que les iodures, s'il est en pommade). Le mercure pur passe, mais ses sels ne traversent qu'en pommades et le sublimé seulement en forte concentration.

Tous les narcotiques de la série grasse traversent facilement la peau, surtout à l'état gazeux mais aussi en solution aqueuse. Pas de perméabilité pour les barbituriques. On ne peut obtenir de sommeil avec les narcotiques de la série grasse que s'ils sont solides ou avec un point d'ébullition élevé. L'alcool, l'éther, le chloroforme sont facilement absorbés mais, aussi, éliminés ; ils ne peuvent pas réaliser de narcose. L'éthane chloré (utilisé comme solvant dans l'industrie), traverse aisément la peau et donne des anesthésies profondes ; mais il est toxique pour le foie et les reins.

Les gaz toxiques passent tous, ainsi que les huiles éthérées. Pas de perméabilité notable pour les anesthésiques locaux et pour les alcaloïdes, même en solution dans les lipoïdes.

Les hormones sexuelles traversent la peau, mais non l'insuline. On peut utiliser pratiquement la perméabilité cutanée vis-à-vis des vitamines B_1, D_2, D_3 et, probablement aussi, A, K_1, K_2.

La solubilité dans les lipoïdes n'est pas une nécessité, mais elle facilite beaucoup la traversée des substances chimiques.

Ces notions ont de multiples applications pratiques et thérapeutiques.

A. Touraine.

2d. — Peau (Physiologie).

N. Melczer et St. Deme. — **Ueber die fettabsondernde Fähigkeit der e- Schweissdrüsen** (Sur la possibilité d'une sécrétion des graisses par les glandes sudoripares eccrines). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, n° 7, 13 février 1943, pp. 121-126, 3 fig. Bibliographie.

Depuis Ranvier, Renaut, Unna, Sata on admet souvent que ces glandes peuvent sécréter des graisses, les auteurs passent en revue les travaux qui plaident pour ou

contre cette notion. De leurs recherches personnelles, ils concluent que cette sécrétion n'existe pas. L'apparence de gouttelettes de graisses dans les tubes (et jamais dans les canaux excréteurs) est due à l'imprégnation du système de Golgi découvert par Melczer dans les glandes sudoripares. A. TOURAINE.

PIERRE DELBET. — **Action du magnésium sur le pigment et sur le calcium**. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, année **106**, t. **126**, nos 5 et 6. Séance du 10 février 1942, pp. 112-117.

L'action exercée par le magnésium sur le pigment est démontrée par plusieurs observations au cours desquelles l'auteur a vu les poils prendre une coloration plus marquée à la suite d'ingestion de magnésium ou d'application de pommades à base du même produit ; il préconise dans ce but la pommade suivante : proportions en sels anhydres de magnésium ; chlorure : 0 gr. 80 o/o ; bromure : 0 gr. 084 o/o ; iodure : 0 gr. 000504 ; fluorure : 0 gr. 0063. Des cheveux blancs ont été recolorés par cette méthode. Inversement des taches hépatiques et des hyperkératoses pigmentées de la vieillesse ont été décolorées en partie, comme si le magnésium provoquait une régularisation de la fonction pigmentaire troublée par l'âge.

Ces phénomènes en apparence opposés résultent d'une action directe du magnésium sur les cellules pigmentaires ou de son action indirecte sur les glandes endocrines. La fonction restauratrice et régulatrice du magnésium ne se manifeste pas seulement sur le pigment, mais elle se manifeste encore sur le calcium, le magnésium exerçant une action favorable sur la calcification des os, en dépit de l'opinion inverse admise par quelques auteurs. LUCIEN PÉRIN.

2e. — *Peau* (Chimie).

O. JACOBI (Wiesbaden). — **Ueber die Reaktionsfähigkeit und das Neutralisationsvermögen der lebenden menschlichen Haut** (Sur la capacité de réaction et le pouvoir de neutralisation de la peau humaine vivante). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **115**, n° 35, 29 août 1942, pp. 733-741, bibliographie.

Cet important et intéressant travail sur la constitution et les réactions chimiques de la peau doit être lu dans l'original. Par des expériences faciles à reproduire, il montre le haut pouvoir de réaction des diverses protides de la peau humaine vivante. Il montre aussi que le pouvoir de neutralisation des alcalins et des acides par la peau humaine vivante est fondamentalement lié aux réactions des protides de la peau. L'auteur indique enfin l'état actuel des recherches sur les réactions de la surface de la peau. A. TOURAINE.

H. G. PIPER (Leipzig). — **Das Neutralisationsvermögen der Haut gegenüber Laugen und seine Beziehung zur Kohlensäureabgabe** (Le pouvoir de neutralisation de la peau vis-à-vis des alcalins et ses rapports avec la sécrétion d'acide carbonique). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **183**, n° 5, 7 juin 1943, pp. 591-647, 16 figures. Bibliographie.

Long et important travail de chimie pure, sans applications dermatologiques. Nombreuses recherches personnelles de l'auteur. A lire dans l'original.

A. TOURAINE.

W. SCHULZE (Berlin). — **Ueber den « Zucker » Gehalt auf der Haut, im Hautdialysat und im Schweiss** (Sur la teneur en sucre de la peau, du dialysat de peau et de la sueur). *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 5, 31 décembre 1940, pp. 471-485. Bibliographie.

Les dermatoses des diabétiques sont-elles dues à un excès de sucre dans la peau ? De ses dosages chez 22 sujets (dont 11 diabétiques), S. conclut que les chiffres trouvés par Carrié et Kœnig, par Marchionini et Ottenstein, par Usher et Rabinovitch sont beaucoup trop élevés et variables (en général 4 à 30 milligram-

mes pour cent ; 150 à 200 pour Engelhardt). En réalité, il n'y a pas de différence sensible dans la teneur en substances réductrices chez les diabétiques (0,3 à 2 milligrammes p. 100) et les non diabétiques (0,3 à 2,3). A. Touraine.

P. W. Schmidt (Fribourg). — **Ueber die Beeinflussung der Wasserstoffionenkonzentration der Hautoberfläche durch Säuren** (Sur l'influence des acides sur la concentration en ions hydrogène de la surface de la peau). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **182**, n° 1, 28 mai 1941, pp. 102-126, 11 fig., 3 tableaux. Bibliographie.

Important article, très nourri de faits, qui doit être lu en détail par ceux qui s'intéressent à la mesure du *pH* cutané et à ses variations. A. Touraine.

L. Dziobek (Pecs, Hongrie). — **Die Rolle des Kupfers in der Pathologie der Hautkrankheiten. I. Methodik und Voruntersuchungen** (Le rôle du cuivre en pathologie cutanée. I. Méthodes et recherches préliminaires). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **182**, n° 1, 28 mai 1941, pp. 34-40. Bibliographie.

Exposé de la méthode de dosage employée pour 140 malades.

Chez 107, la teneur est normale (0 mgr. 180 à 0 mgr. 230 o/o de sang total) : 9 dermatites, 17 eczémas, 11 trichophyties, 12 ulcères de jambe, 10 psoriasis, 5 lupus, 12 érysipèles, 20 blennorragies, etc.

Chez 24, faible élévation (0,230 à 0,250) : 7 syphilis primaires, 8 syphilis secondaires, 2 syphilis tertiaires, 6 érythèmes polymorphes, etc.

Chez 7, notable augmentation (0,290 à 0,310), tous dans des brûlures.

Dans 2 pellagres, diminution (0,092-0,113). A. Touraine.

3g. — *Méthodes de diagnostic clinique.*

K. Zieler (Wurzbourg). — **Ueber das erste Auftreten chronisch verlaufender Hautkrankheiten in den verschiedenen Lebensaltern mit besonderer Berückischtigung der lupösen Hauttuberkulose und des Lupus erythematosus** (Sur le moment de début aux différents âges de la vie des dermatoses chroniques, avec considération particulière de la tuberculose cutanée lupique et du lupus érythémateux). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. **183**, n° 3, 30 décembre 1942, pp. 297-302, 1 tableau. Bibliographie.

Pour 593 lupus vulgaires, le début s'est fait dans 34,1 o/o entre 1 et 10 ans, dans 20,7 entre 11 et 20, dans 15,5 entre 21 et 30, dans 10,5 entre 31 et 40, dans 10,6 entre 41 et 50, dans 6,1 entre 51 et 60, dans 2,2 entre 61 et 70. Pour 233 lupus érythémateux, il s'est fait dans 1,3 o/o entre 1 et 10 ans, dans 14,6 entre 11 et 20, dans 35,2 entre 21 et 30, dans 21,9 entre 31 et 40, dans 16,7 entre 41 et 50, dans 7,7 entre 51 et 60, dans 2,6 entre 61 et 70. C'est donc un argument de plus pour penser qu'il s'agit de maladies d'origine différente.

De même, le moment optimum de début du pemphigus chronique est entre 41 et 80 ans, alors qu'il est entre 11 et 30 (puis entre 61 et 70) pour la maladie de Dühring ; ce qui est en faveur de la séparation de ces deux affections.

A. Touraine.

W. Schönfeld (Heidelberg). — **Entwicklung und Ergebnisse des Dermatogrammes in der Dermatologie** (Développement et résultats du dermatogramme en dermatologie). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **179**, n° 4, 7 octobre 1939, pp. 339-359, 13 figures, longue bibliographie.

D'abord, revue historique sur les auteurs qui ont étudié la surface de la peau soit directement (Malpighi, Albinus, de Riet, etc.) soit sur les empreintes obtenues par dermatogramme (Kromayer, 1896, Oppenheim, 1916). S. remarque les inconvénients des dermatogrammes habituels qui donnent une image en miroir et négative de la peau ; il conseille donc d'en tirer une épreuve positive.

S. montre ensuite l'intérêt pratique des dermatogrammes qui permettent d'étudier avec précision la disposition et la morphologie des lignes papillaires ainsi que les anomalies entraînées par de petites formations cornées, par l'urticaire, les atrophies, les cicatrices, aussi bien dans les paumes et les plantes (4 cas de maladie de Darier, 3 d'épidermolyse bulleuse dystrophique, 1 d'acanthosis nigricans, 1 de simulation) que sur les diverses parties du corps. De nombreuses figures illustrent ces exemples. A. TOURAINE.

SCHMIDT-LA BAUME (Mannheim) et R. JÄGER (Francfort-sur-Mein). — **Fluorescenz-Auflicht- und Capillarmikroskopie als dermatologische Arbeitsmethoden** (Fluorescence, lumière directe et microscopie capillaire comme méthodes de travail en dermatologie). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **179**, n° 5, 23 novembre 1939, p. 531-542, 18 figures.

Travail intéressant, mais qui doit être lu dans l'original en raison des nombreuses et belles figures qui illustrent surtout l'aspect des capillaires dans diverses dermatoses (peau sénile, acrodermatite atrophiante, psoriasis, eczéma chronique, etc.).

A. TOURAINE.

FR. VÖLGYESSY (Szegedin). — **Untersuchungen über die Festigkeit der Capillargefässe bei den verschiedenen Hautkrankheiten** (Recherches sur la résistance des capillaires dans les différentes affections cutanées). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **179**, n° 4, 7 octobre 1939, pp. 387-392, courte bibliographie.

163 recherches faites avec l'appareil à aspiration de Barbély. La résistance est, normalement, de 16 à 24 cent. de mercure dans le creux sus-claviculaire.

La résistance a été diminuée dans 10 urticaires sur 10 (6 à 14 cent.), 2 eczémas aigus sur 10 (11 et 12 cent.), 3 eczémas séborrhéiques étendus sur 3 (11 à 14 cent.), 2 érythèmes arsenicaux sur 2. Elle a été normale, ou presque, dans 13 eczémas chroniques, 11 psoriasis (quelquefois diminuée dans les éléments), 5 pityriasis rosés, 15 gales infectées, 7 teignes, 20 tuberculoses cutanées, 3 épithéliomas, 3 lichens, 2 verrues, 25 blennorragies, 25 syphilis récentes. Elle s'abaisse pendant la fièvre et revient à la normale au moment de l'apyrexie. A. TOURAINE.

3h. — *Méthodes de diagnostic biologique.*

M. POLONOVSKI et MAX-FERNAND JAYLE. — **Sur l'activité spécifique des protéines plasmatiques et un nouveau test d'infection : l'indice d'haptoglobinémie.** *La Presse Médicale*, année **49**, n°s 85 et 86, 1er-4 octobre 1941, p. 1057.

A côté des réactions immunologiques spécifiques du milieu intérieur, on peut mettre en évidence dans le plasma sanguin des modifications humorales non spécifiques qui traduisent à l'occasion d'une infection quelconque, un trouble trophique cellulaire, plutôt qu'une défense de l'organisme. Elles portent sur certains contrastes physico-chimiques des protéines plasmatiques et sont responsables en particulier des variations des points isoélectriques du plasma, de la vitesse de sédimentation des globules rouges, de la réaction à la résorcine de Vernes. Elles semblent être dues à la combinaison de polyholosides avec le sérum-albumine, donnant naissance à un glucoprotéide, que ses propriétés physico-chimiques leur ont permis d'individualiser sous le nom d'haptoglobine.

Par une réaction enzymatique sur une goutte de sang, le taux plasmatique de cette substance peut être évalué avec une grande précision. Son augmentation indique que l'organisme réagit contre un état infectieux indéterminé. On pourra substituer aux éléments subjectifs d'appréciation clinique, une valeur numérique objective; test de dépistage ou de mesure d'un processus pathologique évolutif.

H. RABEAU.

H. Babnik (Kiel). — **Was kann die Dermatologie von blutchemischen Untersuchungen erwarten?** (Que peut attendre la dermatologie de l'analyse chimique du sang). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 1, 10 mai 1940, pp. 110-128. Bibliographie.

L'auteur a dosé, dans le sang, la bilirubine, le cholestérol total, l'azote résiduel, l'acide urique, le potassium, le calcium, le chlorure de sodium, le sucre dans 30 eczémas, 9 érythrodermies, 25 psoriasis, 11 séborrhées, 18 prurits, 4 pemphigus, 3 maladies de Dühring, etc. Aucune de ces affections ne montre de tableau chimique régulier. Il y a tantôt excès tantôt insuffisance et plus souvent quantité normale de chacun de ces corps, sans aucun rapport avec le tableau clinique.

Malgré les nombreux travaux récents sur la question et en raison des difficultés pratiques et techniques, on ne saurait donc émettre que des hypothèses sur la constitution chimique du sang dans les dermatoses. Ces hypothèses sont plus nuisibles que l'absence de documents. A. Touraine.

R. Kooij. — **Bestimmùng des Vitamin C- Gehaltes im Blut und Harn einer Anzahl Patienten mit Haut-und Geschlechtskrankheiten** (La vitamine C dans le sang et l'urine chez un certain nombre de malades d'un service de Dermato-Vénéréologie). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 3, mai 1941, pp. 268-280, 5 tableaux. Bibliographie.

Examens pratiqués sur 53 malades par la méthode de Von Eckelen et Emmerie. Chiffres de saturation très élevés dans les érythrodermies, surtout les érythrodermies par l'or. Chiffres très variables dans les eczémas, les psoriasis et autres dermatoses, comme aussi dans la syphilis. Il y a probablement là des variations dues à l'intensité du processus pathologique et à l'étendue de l'éruption.

L'auteur doute de la valeur thérapeutique de la vitamine C dans ces diverses affections.

Il ne croit pas davantage à cette valeur en cas d'intolérance à l'arsénobenzol. Il a remarqué en effet que des syphilitiques présentant des chiffres de saturation fort élevés ont supporté très bien le traitement par l'arsénobenzol. Il ne semble donc pas que l'intolérance à ce médicament soit en relation avec un manque de vitamine C. A. Civatte.

31. — *Thérapeutique générale.*

H. W. Siemens. — **Die Methodik der Einseitenbehandlung** (La méthode de traitement unilatéral). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. **183**, n° 4, 10 février 1943, pp. 439-455, 12 figures.

L'auteur revient (*Münch. med. Woch.*, 1940, 1er sem., p. 1145; *Arch. f. Derm. u. Syph.*, **183**, 1942, p. 223) sur les avantages (en hospitalisation) de cette méthode qui consiste à ne traiter les dermatoses étendues et symétriques que par des applications sur une moitié verticale du corps ou sur un seul des quatre, six ou huit champs en lesquels on divise la surface à traiter.

L'application d'un produit actif est souvent mieux tolérée. On peut aussi, facilement, comparer les résultats de deux ou plusieurs médications différentes et choisir ainsi la meilleure, après cet essai. A. Touraine.

P. Decourt. — **A propos des troubles provoqués par les antagonistes de l'histamine Action du sucre dans un cas d'absorption massive d'antergan (2339 R. P.).** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, 1943, nos 1-2-3-4, pp. 5-6.

Vertiges, nausées, vomissements, dyspnée peuvent être observés. L'absorption du médicament devra être faite pendant les repas. Mais lorsqu'ils surviennent, l'action

du sucre sur ces troubles, sans qu'on puisse en expliquer le mécanisme, est particulièrement probante. H. Rabeau.

P. Decourt. — **Effets des traitements prolongés par les antagonistes de l'histamine.** *La Presse Médicale*, année **51**, n° 36, 11 septembre 1943, p. 501, 1 figure.

Des observations prolongées (20 mois) montrent que deux d'entre eux au moins (2325 R. P. et 2339 R. P.) peuvent être administrés régulièrement sans limitation de temps et sans qu'il y ait à craindre des troubles toxiques du fait de la médication. Il n'y a pas d'accoutumance. Par contre, cette thérapeutique longtemps poursuivie peut amener dans certains cas une désensibilisation. Les traitements discontinus n'agissent au cours des maladies chroniques que comme thérapeutique symptomatique. H. Rabeau.

3o. — *Traitements physiques.*

Ch. Flandin et Luc Van der Elst. — **L'utilisation des projections d'ions et des champs micro-électriques en thérapeutique.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **57**, nos 19 et 20, 25 juillet 1941, pp. 525 à 527.

Il s'agit d'une note préliminaire relative à l'utilisation thérapeutique des variations du champ microélectrique par la projection intensive d'ions négatifs. Cette action peut être démontrée par le virage dans le champ d'un grand nombre de solutions colorées. La projection d'ions produits à partir du pôle négatif a sur les cellules vivantes une action mitogénétique intense et rapide non seulement en surface, mais encore en profondeur. Cette propriété peut être mise à profit dans la cicatrisation des plaies et ulcérations atones et torpides ; elle peut, par activation des tissus de l'organisme agir sur les lésions infectées. L'action en profondeur peut se manifester favorablement dans les cas de dysendocrinie. H. Rabeau.

3p. — *Radiothérapie.*

B. Spiethoff (Leipzig). — **Beitrag zur Dosierung und zu den Indikationen der Grenzstrahlen** (Contribution au dosage et aux indications des rayons limite). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **114**, n° 9, 28 février 1942, pp. 175-178, 6 fig.

Quelques modifications dans le traitement utilisé par S. depuis 1933 (*Zbl. f. Haut- und Geschlechtskr.*, vol. **46**, 1933, nos 7-8) contre les eczémas subaigus ou infiltrés, l'eczéma kérato-vésiculeux dyshydrosique des mains, le sycosis staphylococcique, le lupus vulgaire, la tuberculose verruqueuse, le mycosis fongoïde, l'épithélioma superficiel. Ces modifications portent essentiellement sur des détails de technique.

Divers. — **Die Bedeutung der Röntgen- und Radiumbehandlung für die Krankheiten der Haut** (La valeur de la radio- et de la radiumthérapie dans les affections cutanées). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **180**, 20 avril 1940, pp. 111-184.

Compte rendu d'un important débat sur la question, à la 19e Réunion de la Société allemande de Dermatologie (Breslau, 20 août 1939).

Rapports de : A. Reisner sur la valeur générale de ces traitements (pp. 111-130, 13 fig.) : L'action biologique des rayons résulte de processus physiques qui intéressent l'atome ; elle est en rapport direct avec le nombre d'électrons libérés de l'atome par l'énergie des radiations ; elle est donc limitée au lieu d'absorption des rayons. La meilleure méthode de mesure est celle qui prend pour base l'ionisation de l'air ; celle des tablettes de Sabouraud est trop imprécise. La différence d'action entre les rayons mous et les durs dépend des différences d'absorption. La méthode dite « d'ir-

radiation profonde moyenne » n'est plus justifiée et doit disparaître. En dermatologie, on doit employer les rayons mous qui préservent le plus possible les tissus non malades.

H. G. Bode sur la valeur pratique de ces traitements (pp. 131-150), avec détails de technique et indications des affections cutanées qui en sont justiciables.

H. Th. Schreus sur les progrès récents en dosimétrie des rayons X et sur leurs applications en dermatologie pratique (pp. 150-153).

F. Bering sur les lésions de la peau par les rayons X (pp. 153-155).

A. Proppe et W. Gahlen sur les lésions tardives après épilation du cuir chevelu par les rayons X (pp. 155-164).

M. Schubert sur les recherches et expériences avec les rayons X mous (Rœntgenthérapie à bas voltage) (pp. 165-168).

P.-W. Schmidt sur la technique et les résultats des irradiations par les rayons de Rœntgen mous (pp. 168-171).

H. Fuhs sur la radiothérapie des leucémies et des leucémides cutanées (pp. 172-175).

St. Wolfram sur les indications des ondes courtes en dermato-vénéréologie (pp. 175-177) (pyodermites subaiguës, hidrosadénite, engelures, acrocyanose, séquelles douloureuses du zona, crises gastriques). A. Touraine.

K. Hoede. — **Ueber die Fortschritte der Röntgenbehandlung von Hautkrankheitens** (Sur les progrès de la radiothérapie dans les dermatoses). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **115**, n° 46, 14 novembre 1942, pp. 957-963.

Important article sur l'historique, la théorie et la pratique des rayons X et des rayons-limite. Son abondance en documents qui intéressent particulièrement les radiologues n'en permet pas une analyse ; il doit être lu dans l'original.

A. Touraine

L. Darabos-Dziobek. — **Ueber Erfahrungen und Heilerfolge mit Röntgenbestrahlung der Wirbelsäule bei Hautkranken** (Essais et succès de la radiothérapie de la colonne vertébrale dans les dermatoses). *Société hongroise de Dermatologie*, 3-4 octobre 1941, *in Dermatologische Wochenschrift*, vol. **115**, n° 37, 12 septembre 1942, p. 775.

L'auteur a modifié la technique dite « radiculaire » de Pautrier. Il irradie la colonne dorsale en trois champs de 10 × 20 cent. (200 R, 1.600 kv., 4 mA, dist. foc., 30 cm., filtre 0,5 mm. Cu + 1 mm. Al sur chaque champ). Sur 24 lichens plans, 16 guérisons, 3 améliorations, 2 échecs. Sur 7 grands prurits, 1 guérison, 2 améliorations. Sur 5 érythrodermies exfoliatives, 2 guérisons, 3 améliorations. Un pityriasis rubra pilaire amélioré. Échec dans 2 urticaires chroniques.

Ravnay, v. Kémeri ont obtenu des succès de même ordre dans le lichen plan. Orsos les explique par un blocage des ganglions intervertébraux que l'on obtient aussi bien par des injections de novocaïne. Berde a considérablement amélioré un pityriasis rubra pilaire. A. Touraine.

3q. — *Chimiothérapie.*

W. Burckhardt et H. Fuchs (Zürich). — **Erfahrungen über die Behandlung von Pyodermien mit verschiedenen Sulfonamiden** (Essais sur le traitement des pyodermites par diverses sulfamides). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, nos 21-22, 29 mai 1943, pp. 329-331. Bibliographie.

Impétigo : 37 cas traités par pommade au vioforme, guérison moyenne en 8 jours, 2 échecs ; 118 cas traités par pommades sulfamidées diverses, guérison moyenne en 6,1 à 5,2 jours, 3 échecs ; 93 cas traités par ingestion de sulfamides, guérison moyenne en 5,6 à 6,5 jours, 6 échecs.

Furoncles et sycosis : 52 cas traités par ingestion de sulfamides, 12 améliorations nettes, 40 échecs plus ou moins complets. A. Touraine.

K. Bruder (Wuppertal-Elberfeld). — **Zur Behandlung von Geschlechts-und Hautkrankheiten mit Sulfonamidverbindungen** (Sur le traitement des maladies cutanées et vénériennes par les composés sulfamidiques). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, n° 4, 23 janvier 1943, pp. 65-74. Courte bibliographie.

Article de pratique dans lequel B. donne ses résultats personnels dans la blennorragie et dans quelques autres affections :

Impétigo (13 guérisons sur 13 cas ayant résisté aux pommades), ecthyma des jambes (2 guérisons sur 2), *perifolliculitis suffodiens* et *abscedens* (2 guérisons sur 2), sycosis (3 guérisons sur 3), folliculites du cuir chevelu (2 guérisons sur 2), eczéma sycosiforme ancien de la face (1 échec), furoncles (27 guérisons sur 27, y compris 5 furoncles de la face), abcès de l'aisselle (guérison en 5 à 14 jours), paronychie chronique (quelques cas avec échec), acrodermatite continue (2 échecs sur 2), cheilite glandulaire apostémateuse (1 succès), érpsipéloïde (3 succès sur 3).

A. Touraine.

W. Milbradt. — **Zur Sulfonamidbehandlung der Hidroadenites suppurativa axillari und anderer chronischer pyogener Hautprozesse** (Sur le traitement sulfamidé de l'hidrosadénite suppurée de l'aisselle et autres pyococcies cutanées chroniques). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, n°s 21-22, 29 mai 1943, pp. 323-328. Bibliographie.

Revue générale de la question. Trois observations d'hidrosadénite (1 guérison en 5 jours, 1 guérison avec 2 rechutes, 1 suppuration au cours d'une deuxième cure). Bons résultats dans la furonculose disséminée, le sycosis staphylococcique (7 cas).

Les sulfamides ont donc une action certaine sur les staphylococcies cutanées. Cette action est renforcée par les injections de lait ou de sang du malade.

A. Touraine.

F. Coste, M. Gaucher et M. Goury-Laffont. — **Valeur de la dose unique massive et de la sulfamidothérapie locale associée.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, 1943, nos 1-2-3-4, pp. 12-16.

Les auteurs donnent quatre observations démonstratives de la valeur de l'emploi simultané des voies locales et générales, de l'importance de la dose massive donnée en une seule fois. 0,10 cgr. par kilogramme administrée en général trois jours de suite. H. Rabeau.

Fernandez de la Portilla et Agustin Sancho José-Luis. — **Sulfamidoterapia local.** *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 4, janvier 1941, p. 294.

La sulfamidothérapie locale permet souvent d'obtenir la cicatrisation des ulcérations qui ne sont ni tuberculeuses ni syphilitiques. Les meilleurs résultats ont été observés dans les chancrelles non compliquées. J. Margarot.

Enrique Alvarez Sainz de Aja. — **Revision de los tratamientos sulfamidados en gonococia.** (Revision des traitements sulfamidiques dans les gonococcies). *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 4, janvier 1941, p. 280.

S. de A. procède à une révision de tout ce que l'on a jusqu'à présent considéré comme un article de foi en sulfamidothérapie.

Il se demande si celle-ci relève bien de la chimiothérapie ou si la diminution ou la suppression des écoulements urétraux, conjonctivaux ou utérins ne sont pas l'expression locale de la leucopénie générale que les sulfamides provoquent.

Contrairement à une règle antérieurement formulée, il estime que les sels d'argent peuvent et doivent être utilisés comme topiques spécifiques au cours de la sulfamidothérapie.

La cure doit être commencée dès que la séro-réaction et l'intradermo-réaction sont positives quel que soit le nombre de jours écoulés depuis le début. Il n'y a pas de grands inconvénients à employer les sulfamides dès les premiers moments, si l'indication en est posée par l'acuité des symptômes et les difficultés du traitement local.

Quand une série n'a pas amené la guérison, on peut, soit répéter les cures, soit faire un autre traitement, tel que des injections de vaccin ou mieux encore de protéines.

J. MARGAROT.

A. BOQUET. — « **Substances antihistaminiques » et réactions tuberculiniques.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **69**, janvier-février 1943, nos 1-2, pp. 55-58.

B. a étudié trois corps : 929 F, 883 P. et 2339 R.P. Il a recherché l'action sur l'épreuve de toxicité et sur l'intradermo-réaction, chez le cobaye. Les résultats négatifs obtenus ne lui semblent pas devoir infirmer l'hypothèse de la nature histaminique des substances qui interviennent dans les réactions tuberculiniques. Au contraire des réactions histaminiques directes, les manifestations cutanées, engendrées par la tuberculine sont progressives et de longue durée, et entretenues par les libérations locales de quantités croissantes de substances actives.

G. J. Stefanopoulo a eu des résultats également négatifs avec le 2339 R.P. dans les manifestations allergiques locales de la filariose humaine à *F. loa*.

H. RABEAU.

P. DECOURT. — **Traitement des équivalents de l'asthme par des antagonistes de l'histamine (2325 et 2339 R. P.).** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, 1943, nos 1-2-3-4, pp. 3-4.

Les équivalents de l'asthme : migraine, œdème de Quincke, conjonctivites saisonnières, urticaires, troubles hépatiques ou entéritiques, coryzas spasmodiques réagissent de la même manière que l'asthme à la thérapeutique antihistaminique. Même différence d'action d'un sujet à l'autre, et parfois d'un jour à l'autre chez le même sujet, nécessité de posologie élevée dans de nombreux cas, même différence considérable entre l'action « préventive » et l'action « curative » sur la crise. La dose minimum active paraît d'autant plus faible que l'affection paraît plus étroitement de nature allergique. La durée d'action n'excède pas quatre heures, c'est pour cela qu'il est nécessaire de fractionner le plus possible la dose journalière.

H. RABEAU.

W. KNIERER (Münich). — **Untersuchungen über Präcutanverdünnungen und ihre therapeutische Verwendbarkeit in der Dermatologie** (Recherches sur les dilutions de « Präcutan » et leur emploi thérapeutique en dermatologie). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **183**, n° 5, 7 juin 1943, pp. 584-590, 3 tableaux. Bibliographie.

Faute, trop souvent, d'instituer un traitement étiologique de l'eczéma et pour remédier à la destruction du revêtement acide de la peau, H. recommande comme traitement symptomatique les applications d'acides gras, selon l'une des préparations désignées sous le nom de « Præcutan » [Formules non données, *An*] à *p*H de 5,7 à 6,3.

L'auteur utilise des dilutions variant de 1 p. 100 à 1 p. 10.000, avec préférence pour 1 p. 1.000 ; les résultats sont particulièrement satisfaisants dans le traitement des eczémas humides. [Pas d'observations de malades ; *An*].

A. TOURAINE.

3s. — *Traitements locaux.*

A. Sézary. — **L'emploi des poudres en dermatologie.** *Presse Médicale*, année **49**, nos 78-79, 10-13 septembre 1941, p. 978.

Les restrictions à l'emploi des corps gras obligent à l'utilisation des poudres dont les indications sont souvent méconnues. Poudres minérales inertes que l'on peut rendre plus adhérentes par l'adjonction de stéarate de magnésie ou d'huile de vaseline ; poudres actives, en particulier poudres aux sulfates de cuivre et de zinc, et surtout poudre de sulfamide dont le champ d'activité est vaste.

H. Rabeau.

Nils Andersen, Tore Ekström et Oscar Schuberth. — **Ueber Wündbehandlung mit Salben verschiedener Konsistenz** (Guérison des plaies avec des pommades plus ou moins épaisses). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 3, mai 1941, pp. 231-245, 1 figure, 5 tableaux, courte bibliographie.

Expériences fort bien conduites. Plaies aseptiques de même taille sur le même animal, pansements avec une pommade peu épaisse (vaseline et oxyde de zinc ou amidon à 10 o/o) et une pâte épaisse (vaseline et oxyde de zinc ou amidon à 50 o/o). Les plaies guérissent plus vite avec la pommade qu'avec la pâte. Pas de différence entre l'oxyde de zinc et l'amidon.

Comme il s'agit d'excipients et de poudres inertes, c'est à la consistance plus ou moins forte qu'il faut attribuer la différence des résultats.

A. Civatte.

Marc Iselin. — **Le pansement des plaies par les lames de cellulose hydratée régénérée.** *La Presse Médicale*, année **51**, no 16, 24 avril 1943, p. 212.

Le produit utilisé « Dermophane » est constitué par de la cellulose pure régénérée et hydratée, traitée et rendue flexible par l'action d'un plastifiant approprié Les réactions chimiques sont semblables à celles du coton ordinaire et de la cellulose de bois ; le *p*H est de 5,5 à 6. La propriété la plus intéressante de cette substance pour le chirurgien est sa porosité. La feuille a un grand pouvoir d'osmose, la vapeur d'eau la traverse ainsi que tous les gaz solubles dans l'eau. La plaie qu'elle recouvre est ainsi protégée par une lame qui empêche les bactéries de passer, mais laisse échapper l'humidité et, par ses propriétés osmotiques, permet la respiration des tissus. Donc aucune macération, aucune adhérence sur les plaies suppurées et sur les plaies aseptiques une adhérence cédant à l'humidification préalable de la dermophane. Cette substance qu'I. a largement utilisée, remplace avantageusement les compresses dans la couverture des plaies chirurgicales, des plaies courantes aseptiques et des plaies septiques en surface (contre-indication : suppurations anfractueuses, plaies infectées et saignantes). Son emploi permet de résoudre le problème menaçant de la disparition progressive des compresses. De plus, elle permet de réaliser un progrès très net dans la technique des pansements, progrès qui devrait lui assurer une place prépondérante dans l'avenir. H. Rabeau.

3v. — *Traitements biologiques.*

A. Lwoff et Madeleine Morel. — **Conditions et mécanisme de l'action bactéricide de la vitamine C. Rôle de l'eau oxygénée.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **68**, avril-mai-juin 1942, nos 4-5-6, pp. 322-342, 9 tableaux, 1 figure. Bibliographie.

L'acide *l*-ascorbique retarde ou empêche le développement de *Proteus vulgaris* en milieu synthétique ; à ensemencement égal, la durée de l'action inhibitrice

dépend de la concentration en vitamine C. A concentration égale d'acide ascorbique, le retard est d'autant plus considérable que l'ensemencement est moins abondant. L'addition au milieu synthétique d'eau peptonée, de cystéine, de glutathion ou de sulfure de sodium, supprime l'action inhibitrice de la vitamine C. Le sang hémolysé, l'hémine, la peroxydase de Wolff, le ferro et le ferricyanure de potassium et le sulfate ferreux suppriment l'action inhibitrice de la vitamine C. Les substances empêchant l'action inhibitrice de l'acide ascorbique sont, ou bien des composés qui empêchent son oxydation, ou bien des corps possédant une activité catalasique ou peroxydasique. — Il y a formation d'eau oxygénée au cours de l'oxydation de l'acide ascorbique (Holtz et Trien, Shales). L'étude de *Proteus vulgaris*, *B. subtilis* et *E. coli* montre que le faible du pouvoir inhibiteur de l'acide ascorbique est le fait de l'action antiseptique de l'eau oxygénée formée au cours de son oxydation.

H. Rabeau.

4a. — Dermatoses d'origine traumatique.

Engelhardt (Tubingen). — **Die Bedeutung des Traumas für Entstehung und Verlauf von Haut- und Geschlechtskrankheiten und dessen gutachtliche Beurteilung** (L'importance du traumatisme dans la constitution et le développement des affections cutanées et vénériennes ; son estimation en expertise). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **180**, 20 avril 1940, pp. 14-43. Bibliographie.

L'effet d'un traumatisme unique ou répété sur la peau dépend surtout de la prédisposition individuelle, quoique le fait ait été peu étudié jusqu'ici. Cette disposition peut résulter des conditions d'âge, d'une infection antérieure, d'un état d'allergie, du régime alimentaire, des médications.

Beaucoup de traumatismes ont leur point d'application non pas sur l'épiderme mais dans le tissu conjonctif de la peau, soit sur les nerfs, soit sur les vaisseaux, soit sur les deux à la fois. Si le traumatisme affecte une constitution neuropathologique de moindre valeur, il peut agir indirectement sur la peau en tant que trophonévrose ; s'il agit sur un tissu conjonctif affaibli congénitalement, il peut en résulter des éléments d'une véritable maladie de système portant sur ce tissu (varices, ulcère variqueux, varicocèle, tumeurs conjonctives, chéloïdes, etc.) ; s'il trouve un organisme à disposition hyperplasique, il peut déterminer une tumeur maligne. Aussi, à propos de tout traumatisme, faut-il considérer d'abord l'état de prédisposition individuelle. Toute expertise devra en tenir compte. De nombreux exemples sont donnés de ces faits.

A. Touraine.

R. Barthélémy. — **Dermites fessières des jeunes enfants**. *Le Bulletin Médical*, année **57**, n° 4, 15 février 1943, p. 49.

Excellente revue générale pleine de conseils thérapeutiques : si la grande cause de la plupart des dermites fessières infantiles est l'infection, il ne faut pas perdre de vue le rôle du terrain congénital ou acquis. La sulfamidothérapie locale et générale a réalisé un grand progrès dans le traitement de ces affections.

H. Rabeau.

M. Lacomme. — **Sur le traitement des érythèmes fessiers du nouveau-né par la sulfamidothérapie locale.** *Le Bulletin Médical*, année **55**, n° 19, 15 juillet 1942, p. 201.

On peut schématiquement accuser : l'alimentation, l'irritation de la peau par l'urine et les matières, enfin l'infection. L. a institué deux expériences : une de thérapeutique curative (avec le 1162 F., poudrage quatre fois par jour, à l'exclusion de toute autre thérapeutique) d'un grand nombre d'enfants atteints d'érythèmes fessiers; une de thérapeutique prophylactique (remplacement du talc lors des toi-

lettes par une poudre de sulfamide) chez les nouveau-nés pris au hasard. Elles lui ont montré que l'infection intervient bien de façon importante dans le développement de ces dermites et que la sulfamidothérapie locale a une remarquable efficacité préventive et curative. H. Rabeau.

W. Schulze (Berlin). — **Untersuchungen über die Reizwirkung der Zimmerlindenblätter auf die Haut** (Sur l'action irritative pour la peau des feuilles de Sparmania africana). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 1, 10 mai 1940, pp. 63-77. Bibliographie.

Cette plante d'appartements provoque souvent des réactions eczématiformes (Kletelschka, 1934, Jadassohn, 1938). 90 o/o des sujets ont, en effet, une épidermo-réaction positive. S. montre expérimentalement qu'il ne s'agit pas d'une hypersensibilisation spécifique, mais seulement de l'action mécanique des poils des feuilles.

A. Touraine.

4b. — *Dermatoses d'origine thermique.*

Divers. — **Schädigungen, insbesondere der Haut, durch Einwirkng von Kälte und Hitze** (Les lésions, surtout cutanées, dues au froid ou au chaud), *20. wissenschaftliche (Kriegs-) Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, Würzbourg, 28 octobre 1942. Réf. d'après *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, n° 13-14, 3 avril 1943, pp. 243-252.

Rapports sur l'action du *froid*. — 1. Rein (Göttingen). *Bases physiologiques pour la compréhension des froidures.* — Les lésions ne sont pas seulement d'origine physique mais sont dues aussi à des altérations du métabolisme local et général, par l'intermédiaire de réflexes du système végétatif (« anoxybiose »).

2. Siegmund (Munster). *Anatomie pathologique des froidures.* Rôle des troubles circulatoires ; au début anémie et anoxie des tissus par contraction des vaisseaux, secondairement hyperémie péristatique. L'anémie a pour conséquence la vacuolisation, l'élargissement des espaces intratissulaires, la pycnose des noyaux, l'œdème par exsudation transvasculaire.

3. Löhe (Berlin). — *Les froidures pendant la campagne d'hiver 1941-1942.* Rôle important des maladies infectieuses, des hémorragies par blessures. Description des signes généraux et locaux. Complications fréquentes : phlegmons, gangrène humide, thrombo-phlébite avec ou sans septicémie. Traitement : glucose intraveineux, toni-cardiaques, papavérine, extraits pancréatiques, diathermie, chambre chaude, etc.

Communications. — Friboes : Nécessité d'un entraînement progressif au froid, dont l'efficacité est démontrée par l'expérimentation chez l'animal. — Schulze : Recherches expérimentales sur les réactions des vaisseaux sous l'action du froid et de quelques produits chimiques médicamenteux. — Schultze attire l'attention sur les séquelles des gelures (fragilité de la peau, hyperkératose, sudation persistante) et l'efficacité des bains de soleil. — Matras, Fuhs déconseillent les interventions chirurgicales précoces. — Jamin recommande les ondes courtes. — Gottron a vu l'amylose comme séquelle. — Schneider montre le rôle important des affections aiguës de l'intestin.

Rapports sur l'action de la *chaleur*. — 1. Kumer (Vienne). *Signes et évolution des brûlures.* Étude du rôle des produits de désintégration des albumines, de l'histamine, de la concentration du sang (Underhill), de l'acidose, de l'hypertension ; mais le mécanisme de la mort reste obscur. Action des altérations du foie, de l'œdème cérébral (Richl), des cellules des ganglions nerveux (Zink), des centres végétatifs hypothalamiques (Christophe), du collapsus circulatoire (Günther), de

l'hyperperméabilité des endothéliums vasculaires (Zinck), des lésions des surrénales (Kolisko, Riehl, Einhauser).

2. Riehl (Vienne). *Traitement des brûlures* : pas d'alcaloïdes (sauf, parfois, morphine-atropine) ; vitamine B-glucose (Blotevogel) ; extraits surrénaux à haute dose ; insuline ; solutions chlorurées hypertoniques ; transfusions sanguines à petites doses répétées. Localement : tannin, parfois pansements humides.

Communications. — Greuer trouve une anéosinophilie sanguine au début ; l'éosinophilie annonce la guérison. — Zinck étudie l'anatomie pathologique des brûlures, et notamment la nécrose ou l'atrophie jaune hépatique, la sclérose rénale et la glomérulite desquamative aux stades éloignés, la fibrillolyse précoce des ganglions nerveux, la disparition des cellules basophiles dans l'hypophyse ; peu ou pas de lésions des surrénales. — Fuhs a vu 6 cas d'ulcère du duodénum dans les brûlures. — Hofbauer étudie les brûlures professionnelles chroniques de la peau (rougeur, infiltration, vésicules hémorragiques, troubles trophiques des ongles, troubles de la sensibilité) et constate stase, dilatations partielles, sinuosités des capillaires. — Siegmund insiste sur les œdèmes qui débordent largement la brûlure, les lésions des surrénales, l'ulcère gastrique. — Einhaüser utilise vitamine C, hormones surrénales, transfusions et tannin. — Zinck attribue l'ulcère duodénal des brûlures à des lésions du noyau paraventriculaire. A. Touraine.

P. Nys et A. Lafontaine (Louvain). — **A propos des brûlures**. *Archives médicales belges*, année **26**, n° 2, février 1943, pp. 45-61.

Dans cette excellente revue générale, les auteurs insistent sur la pathogénie des brûlures dont le pronostic dépend de la surface de la lésion. Après une brûlure, les cellules sanguines et l'hémoglobine augmentent, alors que les chlorures et les protéines diminuent. L'urée et le glucose augmentent probablement par lésion hépatique. Il y a, d'autre part, une vaso-dilatation généralisée, qui serait due à la production, dans les tissus brûlés, d'une substance toxique qui serait de nature albumineuse et serait neutralisée par l'ion Na. Elle apparaît dès la 6e heure et continue de se former pendant 48 heures. Sa toxicité est très élevée.

En plus des soins généraux habituels : analgésiques, éphédrine, coramine, camphre, etc. ; localement, ne pas utiliser les pansements gras, mais éviter la résorption de la toxine par les coagulants, tannin à 5 o/o. Le chlorure de sodium à 10 o/o est également un bon coagulant mais il est douloureux. L'ion Na serait neutralisant. Injection intraveineuse de sérum salé iso ou hypertonique pour rendre à l'organisme l'ion Na perdu. H. Rabeau.

R. T. Yang (Moukden). — **Some clinical observations and opinions on the subject of Atriplicisme** (Quelques observations cliniques et opinions au sujet de l' « atriplicisme »). *The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, vol. **48**, n° 5, 20 novembre 1940, pp. 103-106. Pas de bibliogr.

L'atriplicisme a été décrit en 1898 par S. Matignon d'après 23 cas étudiés à Pékin en mai, juin et juillet 1895 à 1897 ; il a été alors attribué à l'ingestion des pousses d'*Atriplex serrata*. Il consiste en œdème localisé à la face, aux mains, aux avant-bras (souvent avec lésions croûteuses), en troubles de la motilité, de la sensibilité, de la circulation. Il procède en quatre phases : infiltration, macération épidermique de taches ecchymotiques temporo-malaires, macération épidermique et ulcérations des mains, cicatrisation chéloïdienne.

Quelques cas ont été décrits, depuis, dans le Nord de la Chine, en Corée et en Mandchourie. Leur étude confirme les caractères cliniques précédents mais montre le rôle fondamental des radiations solaires ; l'ingestion de chenopodium ou d'amaranthus a été accusée, mais les essais de Y. sur lui-même et sur des volontaires

n'ont pas donné de résultats. La question est à reprendre sur des bases plus scientifiques (recherche de la porphyrie, de la sensibilisation expérimentale, etc.).

A. TOURAINE.

PAUL RENAULT. — **Remarques sur l'étiologie et le traitement des engelures.** *Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux libres, Archives Hospitalières*, année **14**, n° 4, février 1942, pp. 127-135.

L'auteur a observé pendant l'hiver 1940-1941 un grand nombre d'engelures dans un groupe scolaire parisien ainsi que dans la population parisienne.

En milieu scolaire, la proportion des malades atteints d'engelures a été de 10,5 o/o chez les garçons, de 21 o/o chez les filles. La proportion a été moindre chez les adultes, plus faible encore chez les pratiquants de sports en plein air. Les formes observées ont été les suivantes : engelures banales érythémato-papuleuses, 80 o/o des cas ; engelures bulleuses, 9 o/o ; engelures à forme d'herpès iris, 4 o/o ; formes rares, miliaires et lenticulaires, ponctuées, kératosiques, 2 o/o.

L'auteur passe en revue les facteurs étiologiques classiquement invoqués et insiste sur le facteur état général ainsi que sur les déficiences endocriniennes dont l'importance est souvent méconnue. Parmi celles-ci, les déficiences génitales sont les plus importantes et il semble exister une relation étroite entre l'activité de ces glandes et la prédisposition aux engelures.

Il insiste du point de vue thérapeutique sur l'action exercée par l'opothérapie orchitique. Néanmoins, malgré les progrès réalisés par cette thérapeutique et les vitamines P. P., il n'existe pas contre les engelures de méthode indiscutable et un traitement général judicieux conditionne dans chaque cas les résultats obtenus.

LUCIEN PÉRIN.

I. DAÏNOW (Genève). — **Traitement des engelures par les vitamines A et D.** *Dermatologica* (Bâle), vol. **86**, nos 2-3, 1942, pp. 123-127.

7 malades ont été guéris par 10 à 23 injections trihebdomadaires intramusculaires d'une solution huileuse de vitamine A à 120.000 U. I. par centimètre cube.

3 guérisons par 5 à 6 injections d'une solution huileuse de 10.000 U. I. de vitamine D et 5.000 U. I. de vitamine A.

3 guérisons par 8 à 11 injections d'une solution huileuse de 20.000 U. I. de vitamine D et de β-carotène à 5 o/oo.

Aussi D. donne-t-il le rôle étiologique principal au facteur alimentaire, le froid n'intervenant que comme facteur de révélation de l'état carenciel.

A. TOURAINE.

4d. — *Dermatoses d'origine toxique externe.*

I. ROKSTAD et P. BONNEVIE. — **The Effect of terepentine Oil on normal and hypersensitive Skins** (Action de la térébenthine sur la peau normale et sur la peau intolérante). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 5, novembre 1941, pp. 401-451, 3 figures, 9 tableaux. Bibliographie.

On sait qu'il existe de nombreuses variétés de térébenthines, suivant l'origine du produit et la méthode d'extraction. Les différences tiennent aux proportions des divers terpènes qui constituent la térébenthine. Les auteurs ont étudié l'action sur le tégument d'applications de ces différents terpènes, isolés par distillation fractionnée. Ils ont employé pour ces tests un procédé qu'ils appellent *procédé de la chambre d'adhésion*, imaginé par l'un d'eux spécialement pour les substances volatiles. Ils distinguent l'effet toxique *primaire* et la réaction *secondaire*, eczématogène. L'effet toxique commence à des concentrations de 30 o/o du terpène dans de l'huile d'olive. Il augmente naturellement avec le titre de la solution. Il est plus violent

chez les individus atteints d'eczéma aigu. La réaction secondaire, eczématogène, peut se produire avec des solutions au 1/1.000 et même plus faibles encore. Le pouvoir eczématogène le plus grand appartient au carène Δ_2, comme l'a vu Hellerström et au limonène. Après eux viennent, avec des pouvoirs décroissants, le pinène β, les terpènes monocycliques et le pinène α. Tous ces terpènes ont, au contraire, un effet toxique égal. A. CIVATTE.

E. BAYER. — **Die Lichtsensibilisierung der Haut durch Teerderivate** (La sensibilisation à la lumière par les dérivés du goudron). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **183**, n° 2, 30 septembre 1942, pp. 142-147, 1 figure. Bibliographie.

Court article duquel il résulte que la sensibilisation de la peau vis-à-vis des lumières naturelle et artificielle est nulle avec les goudrons du schiste, de l'ambre (tumenol, thigénol, ichthyol, succinol) ou du bois, et, parmi les goudrons de la houille, avec les sulfanthrènes, l'athrosol. Elle est moyenne avec les goudrons acétoniques, carboterpine, forte avec le carbonéol, le lianthral, etc.

A. TOURAINE.

H. KUSKE (Berne). — **Untersuchungen über die hautschädigenden Eigenschaften der sogenannten Nesselstoffe** (Recherches sur les propriétés toxiques pour la peau de substances dites urticantes). *Dermatologica* (Bâle), vol. **86**, nos 2-3, 1942, pp. 91-98, 4 figures, 2 tableaux.

Étude du dichloroformoxim (ou phosgénoxim) proposé comme méthode de combat en raison de ses propriétés urticantes. L'action de cette poudre sur la peau est rapide (20 secondes) mais passagère (2 heures) sous forme d'un érythème douloureux qui rappelle l'injection d'histamine avec papule œdémateuse.

A. TOURAINE.

I. HOLTZMAN. — **Contact dermatitis due to nail lacquer** (Dermatite par contact due à une laque pour ongles). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **43**, 1941, pp. 1007-1008.

7 cas de dermatite des faces latérales du visage chez des femmes qui, en dormant, plaçaient leur main sous la figure. Chez toutes, les tests cutanés montrèrent une hypersensibilité vis-à-vis de la laque utilisée.

M. JENTSCH (Berlin). — **Das Gesässekzem** (L'eczéma des fesses). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, nos 17-18, 1er mai 1943, pp. 282-285, 4 fig.

J. attire l'attention sur la localisation en demi-cercle d'eczémas tenaces sur la partie supérieure des cuisses et les faces latérales des fesses, relativement fréquente, surtout chez la femme. Cet eczéma, facilité par une prédisposition constitutionnelle, serait probablement dû au contact de cette région avec le siège des water-closets, qui pourrait être soit en bois exotique (Anderson) soit imprégné de produits toxiques (laques, couleurs, térébenthine, antiseptiques, etc.) .

A. TOURAINE.

M. JENTSCH (Berlin). — **Die Strumpfhalterdermatitis** (La dermatite des jarretelles). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, n° 7, 13 février 1943, pp. 126-129, 5 fig.

Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, cette dermatite eczématiforme est souvent liée à une hypersensibilité vis-à-vis du nickel ou du caoutchouc. La méthode des tests cutanés permet de reconnaître la spécificité de cette sensibilisation, de remonter à l'origine réelle de l'eczéma et d'obtenir la guérison.

A. TOURAINE.

4e. — *Dermatoses professionnelles.*

Javier M. Tome Bona. — **Los estigmas y lesiones ungueales producidos por el trabajo** (Les stigmates et lésions unguéales produites par le travail). *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **34**, n° 1, octobre 1942, p. 15.

Exposé schématique des principales lésions unguéales en rapport avec les maladies professionnelles d'après les données bibliographiques et l'expérience personnelle de l'auteur. J. Margarot.

V. Kivenko. — **Contribution à l'étude des dermatoses d'usine.** *Thèse de Paris*, 1942, n° 202, Lavergne édit., 77 pages. Courte bibliographie.

Cette thèse ne vise pas à être complète car elle ne rapporte brièvement que quelques cas d'eczéma professionnel. Elle insiste davantage sur la méthode des tests et ses résultats pratiques ainsi que sur l'aspect médico-légal de la question.

A. Touraine.

V. Thiry (Gard). — **Le rôle de l'infection dans la genèse des maladies professionnelles chez les ouvriers du lin et du coton.** *Archives des Maladies professionnelles*, t. **3**, nos 3-4, 1941, pp. 129-137.

L'origine microbienne de ces dermatites eczémateuses des mains des fileurs de lin était exclue, l'eau des bacs pouvant être considérée comme pasteurisée (Glibert et Baiquen). L'auteur montre que l'eau de ces bacs est souillée par les fils de lin qui la traversent sans cesse, et qu'on y trouve des bactéries se développant parfaitement sur des milieux de culture à une température de 40° à 60°. Ces germes sont nettement pathogènes pour les animaux d'expérience. Certains symptômes : adénite cervico-maxillaire, formule leucocytaire avec image d'Arneth déviée à gauche, sédimentation sanguine élevée, etc., plaident en faveur de l'infection. Ce sont les germes contenus dans les poussières plus que les poussières elles-mêmes qui sont en cause, les lésions observées sont d'ordre inflammatoire plus qu'irritatif. Ces ouvriers devraient en outre être soigneusement examinés aux rayons X avant leur admission et régulièrement au cours des années de travail de façon à dépister les cas d'emphysème et de sclérose pulmonaire nettement dus au métier.

H. Rabeau.

A. Sézary. — **La gale des cimentiers devant la clinique et la médecine légale.** *Presse Médicale*, année **49**, nos 76-77, 3-6 septembre 1941, p. 953.

S. montre la difficulté du problème et la distinction nécessaire entre les lésions caustiques, celles de sensibilisation, les lésions microbiennes se substituant à l'eczéma artificiel. Dans le premier et le troisième cas, les épidermo-réactions sont négatives. L'épidermo-réaction, au ciment gâché, lorsqu'elle est positive, permet de rattacher la lésion à sa cause, dans le cas de lésions allergiques.

H. Rabeau.

H. A. E. v. Dishoeck et D. J. Roux (Amsterdam). — **Die Pathogenese der Mehl-und Persulfatüberempfindlichkeit bei Mehlarbeitern** (La pathogénie de l'hypersensibilité à la farine et au persulfate chez les travailleurs de la farine). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 1, 10 mai 1940, pp. 34-40.

L'allergie cutanée vis-à-vis de la farine et celle vis-à-vis du persulfate qu'on lui ajoute pour l'améliorer sont différentes. Avec la farine : pas d'épidermo-réaction, réaction urticarienne après injection intradermique, longue persistance de l'allergie après cessation du travail, presque constance de l'allergie chez les sujets atteints de rhinite vaso-motrice, asthme ou eczéma, réaction de Prausnitz-Küstner positive, fixation spécifique du complément positive. Avec le persulfate : épidermo-réaction

eczématiforme, rare réaction après injection ; allergie passagère ; réaction positive seulement chez les boulangers atteints d'eczéma floride ; pas de réaction de Prausnitz-Küstner ; pas de fixation du complément.

La sensibilisation à la farine est donc constitutionnelle et le type de l'allergie par inhalation. Il n'en est pas de même pour le persulfate.

A. Touraine.

4h. — *Toxicodermies médicamenteuses.*

A. Sézary. — **Ne méconnaissons pas les éruptions médicamenteuses**. *Rev. méd. française*, n° 10, octobre 1942, p. 220.

Les éruptions médicamenteuses prennent souvent le masque de certaines affections cutanées entraînant de fréquentes erreurs de diagnostic (en particulier avec des lésions syphilitiques). Il faut donc songer, devant toute éruption, à la possibilité de son origine médicamenteuse.

S. cite quelques exemples personnels qui montrent tout l'intérêt qui s'attache à cette question. L. Golé.

G. Miescher (Zürich). — **Ueber Cibazolexantheme** (Sur les éruptions du cibazol). *Dermatologica* (Bâle), vol. **86**, nos 2-3, 1942, pp. 64-72, 6 figures, pas de bibliographie.

Le cibazol peut donner :

1° une éruption type d'érythème noueux, surtout du 2e au 5e jour, spéciale au cibazol, à l'exclusion des autres dérivés sulfamidés (? *An*). Fréquence : 1 sur 1.000 au cas de gonococcie, 10 o/o et plus dans les autres infections. Deux types de réaction histologique : un superficiel, sous-papillaire, riche en polynucléaires ; un profond (3 fois plus fréquent) dermo-hypodermique, formé de petits histiocytes polymorphes, souvent orientés radiairement, parfois avec cellules géantes, sans rapport avec les vaisseaux ;

2° une poussée brusque de fièvre, quelques heures après l'ingestion, cessant en 12-24 heures, souvent sans autre trouble, se voyant dans la moitié des cas d'exanthème ;

3° une éruption aiguë vésiculo-pustuleuse dans quelques cas d'eczémas parasitaires ou de pyodermies eczématisées.

Dans aucun cas, il n'a été constaté d'hypersensibilité de la peau pour le cibazol.

A. Touraine.

E. Bertin et C. Huriez. — **Les érythèmes de la sulfamidothérapie.** *La Presse Médicale*, année **50**, n° 36, 1er août 1942, pp. 489-490.

Les érythèmes de la chimiothérapie organo-soufrée sont, dans l'ensemble, peu nombreux et sans gravité. Leur polymorphisme est extrême. B. et H. donnent une courte étude d'ensemble de la question. Dans leur statistique portant sur 378 malades, ces érythèmes représentent 3,8 o/o ; érythèmes scarlatiniforme, morbiliforme, papulo-noueux. Ce sont des érythèmes précoces. Au point de vue pathogénique, la part de l'infection semble l'emporter sur celle de l'intolérance, et sûrement sur celle de l'intoxication. Ceux qui relèvent de la photosensibilisation ou de l'allergie sont rares. Au point de vue pratique, devant un érythème, il est préférable de cesser l'administration des sulfamides, si l'affection initiale est guérie ou suffisamment améliorée. S'il y a nécessité de continuer la cure sulfamidée, on peut substituer un composé thiazolé aux autres dérivés sulfamidés. H. Rabeau.

F. Coste, L. Marceron et J. Bayer. — **Sensibilisation cutanée à certains corps sulfamidés.** *La Presse Médicale*, année **51**, n° 4, 30 janvier 1942, pp. 50-51.

Une malade atteinte de furoncles est traitée par des lavages avec une solution de Dakin, suivie immédiatement d'un poudrage à la sulfanilamide. Action heureuse sur les furoncles, mais apparition brusque le 10e jour de placards érythémateux, suintants très prurigineux. Les tests épidermiques au liquide de Dakin et à la sulfanilamide sont négatifs. Le mélange de ces deux corps donne, 24 heures après, une vive irritation cutanée avec traînées d'eczéma aigu sur les traces d'écoulement du liquide. Il semble très probable qu'un corps possédant le groupement SO^2NCl^2 a été responsable de la sensibilisation chez cette malade. On peut se demander si les faits, parfois signalés de sensibilisation cutanée aux sulfamides, d'eczéma aggravé par les sulfamides ne s'expliquent pas par des mélanges sur la peau, amenant une décomposition du corps organo-soufré. H. Rabeau.

J. Munuzuri. — **Cuatro casos de sensibilizacion a las sulfamidas** (Quatre cas de sensibilisation aux sulfamides). *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 9, juin 1941, p. 837.

L'emploi de sulfamides a provoqué chez 3 malades une dermite eczématiforme aiguë et localisée, et chez un quatrième, un prurit généralisé. Ces accidents sont tous survenus au cours d'un nouveau cycle de traitement et d'une façon brutale, ce qui indique clairement une sensibilisation de l'organisme. La suspension du traitement a amené leur disparition mais sa reprise a été suivie d'une récidive de mêmes caractères sur les régions antérieurement atteintes. J. Margarot.

J. Bretey. — **Les modifications anatomopathologiques provoquées par le B. C. G. au niveau des scarifications cutanées.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **68**, septembre-octobre 1942, nos 9-10, pp. 452-456, 4 figures.

B. a étudié par coupes successives échelonnées de la 5e heure à la 2e semaine les processus cellulaires qui suivent l'introduction du B.C.G. dans les tissus de l'organisme. L'évolution des lésions histologiques montre le caractère absolument bénin des lésions dues au B.C.G. H. Rabeau.

41. — *Toxicodermies alimentaires.*

M. Duvoir, J. Lereboullet, G. Poumeau-Delille et L. Durupt. — **La carotinémie.** *Paris Médical*, année **32**, n° 43, 30 octobre 1942, pp. 325-329.

La carotinémie est un syndrome caractérisé par une pigmentation généralisée, de couleur jaune orangée, due à l'imprégnation des téguments par un pigment que les carottes contiennent en abondance. Considérée autrefois comme une curiosité sans intérêt, elle a subi au cours de ces dernières années un regain d'actualité en raison de la fréquence avec laquelle les carottes sont actuellement employées dans l'alimentation.

Les auteurs relatent l'observation d'un sujet de 56 ans ayant consommé ainsi que deux membres de sa famille 400 kilogrammes de carottes en trois mois et ayant présenté, à la suite, une pigmentation généralisée simulant l'ictère. Ils rappellent que le pigment ou carotène ne se trouve pas seulement dans les carottes, mais encore dans les courges, les laitues, les épinards, le cresson, les tomates, les oranges, les bananes, les pêches, les cerises, etc. En dehors de la consommation excessive de ces aliments, la carotinémie peut résulter d'un déséquilibre alimentaire avec prédominance des éléments végétaux, voire d'un régime alimentaire normal ; elle s'explique dans ce cas par des facteurs d'ordre général tels que la tuberculose, le diabète, l'insuffisance thyroïdienne, l'insuffisance hépatique, etc.

La carotinémie se traduit par une xanthochromie généralisée à tout le tégument avec prédominance palmo-plantaire, contrastant avec l'intégrité des muqueuses. Cette xanthochromie résulte d'une pigmentation du tégument et non d'une coloration analogue à celle de l'ictère. Les urines sont normales et ne contiennent ni pigments ni sels biliaires ; les fèces ne sont pas décolorées. La cholémie est normale : par contre le sérum sanguin est fortement coloré en jaune orangé et sa teneur en lipochromes est 2 à 5 fois supérieure à la normale. Il existe une augmentation nette du taux du carotène dans le sang, parfois aussi une hypervitaminose A, une hyperlipidémie avec hypercholestérolémie et un abaissement du métabolisme basal.

L'exploration des fonctions digestives et hépatiques s'avère en général normale.

LUCIEN PÉRIN.

F. LEVENT. — **Hypercarotinémie et coloration cutanée.** *Gazette des Hôpitaux*, année **115**, n° 32, 10 octobre 1942, pp. 397-398.

Étude historique, clinique et pathogénique très complète de l'hypercarotinémie. Le traitement, préventif ou curatif, consiste surtout dans les modifications du régime : moins de légumes riches en carotène, plus de protides et de graisses, dans la mesure où elles peuvent être actuellement réalisées. LUCIEN PÉRIN.

4j. — *Dermatoses dues aux insectes.*

H. HÜLLSTRUNG (Tubingen). — **Hautreaktionen nach Ungezieferstichen unter dem Bild eines Lichen urticatus** (Réactions cutanées du type strophulus infantile après piqûres de parasites). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. **183**, n° 3, 30 décembre 1942, pp. 315-323. Bibliographie.

Récemment, A. Dietrich (*Arch. für Derm.*, **182**, 1942, p. 668) et F. Hamburger (*Münch. med. Woch.*, 1942, 1er sem., p. 514) ont soutenu que le strophulus était presque toujours dû à des piqûres de puces ou de punaises, alors qu'on y voit généralement une manifestation de l'état d'allergie. De la brève étude de 10 cas, H. conclut que cette conception ne peut être acceptée ; le strophulus peut être de cause aussi bien interne (allergie) qu'externe (parasites). A. TOURAINE.

G. MILIAN et Mme MOUNEYRAT-HAMM. — **Plaques érythémateuses fébriles par piqûre d'insecte** *Paris Médical*, année **32**, n° 8, 28 février 1942, pp. 119-120.

Observation d'une malade à l'époque de la ménopause, présentant sur le membre inférieur gauche plusieurs plaques érythémateuses circulaires d'un diamètre de 4 centimètres à une paume de main, d'allure érysipéloïde, accompagnées de fièvre, de tachycardie, d'arythmie, de fourmillements des extrémités, etc. Les plaques, légèrement surélevées, étaient centrées par un petit point noirâtre, rappelant une piqûre d'épingle et dû vraisemblablement à une piqûre d'insecte. Il n'existait ni engorgement ganglionnaire, ni douleur, ni prurit. La guérison survint en une quinzaine de jours.

L'affection s'était développée au printemps dans un pays où plusieurs cas semblables avaient été observés. Elle paraît due à un parasite grisâtre de 5 ou 6 millimètres de longueur, vivant dans l'herbe, mais dont l'identification n'a pas été exactement déterminée. LUCIEN PÉRIN.

B. PONTOPPIDAN. — **Larva migrans œstrosa. Gastrophilosis cutis** (Larva migrans œstrosa. Gastrophilose cutanée). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 2, février 1941, pp. 52-63, longue bibliographie.

On sait que les termes « creeping disease » et « larva migrans » correspondent à des affections causées par des agents très différents, qu'on peut ranger en deux groupes : celui des régions tropicales (quethostome, ankylostome) et celui des contrées du Nord (gastrophile le plus souvent).

L'auteur apporte un nouveau cas dans lequel il s'agissait d'une larve de gastro-

phile ; mais il n'a pas été possible d'identifier la variété de gastrophile dont il s'agissait. Il fait à cette occasion une étude des principales variétés du parasite.

A. Civatte.

4k. — *Dermatoses par acariens.*

F. Coste et J. Boyer. — **Un fléau du jour : la gale.** *Paris Médical*, année **32**, nos 44-45, 10 novembre 1942, pp. 336-338.

Les auteurs rappellent l'extrême fréquence actuelle de la gale et les dangers qui en résultent pour la santé publique. Ils analysent les causes de cette épidémie et les moyens d'y remédier ; parmi les mesures propres à l'enrayer ils insistent sur le rôle que sont susceptibles de jouer des assistantes sociales dévouées et compétentes affectées en nombre suffisant aux centres de traitement antiacariens.

Lucien Périn.

A. Sézary. — **Deux signes nouveaux pour faciliter le diagnostic des formes frustes et larvées de la gale.** *La Presse Médicale*, année **50**, nos 13-14, 11-14 février 1942, p. 162.

Dans les formes à sillons invisibles (sillons blancs), plutôt que de les rendre apparents en les colorant à l'encre ou la teinture d'iode, on peut les rechercher par le toucher superficiel. On peut alors découvrir une petite saillie linéaire dont on aura soin de vérifier la nature.

Dans certaines formes où la gale se révèle seulement par du prurit ou des lésions de grattage, une éruption de petites papules de prurigo et des lésions de grattage localisées dans la région abdomino-crurale est caractéristique.

H. Rabeau.

R. Joseph. — **La gale du nourrisson.** *Paris Médical*, année **32**, nos 49-50, 10 décembre 1942, pp. 374-376.

La gale du nourrisson est actuellement très fréquente. Elle peut être discrète ou simuler la plupart des affections dermatologiques observées à cet âge.

L'auteur passe en revue les principaux caractères de l'affection. Il insiste sur la fréquence de sa localisation au pied, au voisinage de la cheville ou à la plante du pied, sur les caractères de la lésion pathognomonique qui n'est pas le sillon classique, mais un soulèvement épidermique blanchâtre rappelant un grain de riz gonflé par la cuisson. Il rappelle que la gale se dissimule souvent derrière une pyodermite ou une eczématisation d'apparence banale. Le diagnostic présente parfois des difficultés avec le strophulus, les dermites microbiennes, les dermatoses parasitaires d'autre nature, etc. La longue évolution de l'affection et sa résistance aux traitements habituels sont des éléments de présomption ; l'examen de la mère et de l'entourage apporte le plus souvent une certitude et met parfois sur la voie d'une gale familiale méconnue.

En dehors des complications infectieuses habituelles (impétiginisation des lésions, abcès sous-cutanés, lymphangites, adéno-phlegmons, etc.), la gale du nourrisson est susceptible de produire des complications rénales passagères. Son traitement de choix consiste dans le baume du Pérou et dans le benzoate de benzyle.

Ces considérations méritent d'être rappelées à une époque où la recrudescence de la gale prend des proportions inquiétantes et où l'affection est fréquemment méconnue.

Lucien Périn.

H. Gougerot. — **Syphilis et gale.** *Rev. méd. française*, n° 10, octobre 1942, p. 219.

La syphilis et la gale sont souvent associées et posent des problèmes diagnostiques souvent difficiles.

L'ecthyma galeux est souvent d'aspect chancriforme et peut simuler l'accident primitif.

Il peut réaliser l'aspect du chancre sous phimosis de la syphilis avec adénite inguinale du type syphiloïde.

De plus, des lésions en apparence purement galeuses peuvent contenir des tréponèmes, donc être des syphilides larvées (cf. Gougerot et Blum, *Ann. des Mal. vénériennes*, octobre 1936). Chez ce malade le tréponème était présent à la surface du chancre, mais aussi dans la sérosité des excoriations scabieuses voisines. G. admet que chez ce malade, dont les réactions sérologiques étaient encore négatives, le tréponème, véhiculé par les lymphatiques, apparaissait au niveau des excoriations scabieuses, sans les tranformer en chancre.

En ce qui concerne les lésions secondaires (roséole ou syphilides) elles sont facilement méconnues au milieu des lésions polymorphes de la gale et leur diagnostic repose sur les signes associés (plaques muqueuses, alopécie, etc...).

Il est donc capital, au moindre doute, de recourir aux examens de laboratoire (ultra et réactions sérologiques en série). L. Golé.

W. Schönfeld (Heidelberg). — **Berühmte Krätzemittel, ihre Erfinder und Wdie adnlung der Krätzekuren im 19. Jahrhundert** (Les traitements renommés de la gale, leurs inventeurs et l'évolution de ces traitements au xixe siècle). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **115**, n° 34, 22 août 1942, pp. 709-721, longue bibliographie.

Intéressante étude historique sur Helmerich, « chirurgien-major au 125e Rég. de ligne », dans les armées de Napoléon, en 1812, sur son traitement en 18 heures, sur son historien Burdin, sur ses prédécesseurs (Calestani, 1570, Abraham à Gehema, Jasser, 1779, John Pringle), sur son contemporain Wilkinson et sur son successeur Vleminckx (1800-1876). Exposé des diverses techniques du traitement au soufre dont la durée s'étale entre 2 heures (Hardy) et 20 jours (Bazin).

A. Touraine.

H. Leroux, M. Pignot et P. Malangeau. — **Le traitement actuel de la gale à l'hôpital Saint-Louis. Les récidives** *Presse Médicale*, année **49**, n°s 78-79, 10-13 septembre 1941, p. 977.

A l'Académie de Médecine (*Bull. Acad. Méd.*, 1941, 124, n°s 3 et 4), à la Société française de Dermat. et Syphil. (nov. 1941, **47**, n° 4), les auteurs ont indiqué les préparations nouvelles que la rareté des corps gras leur a suggérées. Après en avoir rappelé les formules, ils insistent sur le fait que la fréquence des récidives (10 o/o environ) sont imputables non aux nouvelles préparations, mais à des réinfections dues soit à la négligence des malades qui ne se soignent pas tous en même temps dans une même famille, soit au défaut ou à l'insuffisance de la désinfection de leur linge de corps et leur literie. H. Rabeau.

T. E. Olin. — **Eine einfache Behandlungsmethode der Scabies bei Frauen** (Un traitement simple de la gale chez la femme). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 5, novembre 1941, pp. 452-454.

Une friction de xylol peut être faite à la main sans aucune préparation préalable deux jours de suite. Un bain pour terminer. Pas d'irritation consécutive. Une impression de brûlure au moment de l'application, mais qui n'est assez violente que si la peau est préalablement irritée.

La méthode est difficilement applicable aux hommes à cause de la sensation de

brûlure violente aux bourses. On peut cependant atténuer cette sensation désagréable en étendant le xylol de 30 o/o d'huile de paraffine.

A. Civatte.

H. Haxthausen. — **Treatment of scabies with dixanthogene vaseline** (Traitement de la gale par une pommade au dixanthogène). *Acta Dermato-Venereologica*, t. **23**, fasc. 4, décembre 1942, pp. 346-353.

Avec une seule onction de pommade (xanthogène à 5 o/o, dans de la vaseline) sans bain préalable et bain après 24 heures, rechute dans 5 o/o des cas. Rechute dans 3 o/o des cas avec une onction de pommade à 10 o/o.

Le traitement peut se faire à domicile et est peu coûteux. Le xanthogène est un dérivé du soufre. Faible odeur d'oignon. A. Civatte.

4m. — *Épidermomycoses.*

R. Ciferri (Florence) et P. Redaelli (Pavie). — **Mycopathologia** (W. Junk, éditeur, La Haye ; abonnement à 4 fascicules en un volume : 18 florins ou 24 RM.).

Cette nouvelle revue comble une lacune en créant un organe international de travail sur toutes les questions de mycologie et des maladies humaines ou animales qui s'y rapportent. Elle renferme des études originales et des analyses en allemand, anglais, français, italien et espagnol. Elle doit être particulièrement signalée à l'attention des dermatologistes, des mycologues et de tous les médecins.

Le premier volume (316 pages, 38 tableaux), a paru en 1938, le deuxième (340 pages, 31 tableaux) en 1940. Parmi leurs principaux articles signalons :

A. et R. Sartory, *Les actinomycoses rénales.* — E. Baldacci, *Révision de certaines espèces du genre* Actinomyces. — P. Negroni, *Étude mycologique d'*Actinomyces discofoliatus. — E. Baldacci, *Introduction à l'étude des actinomycètes*, etc. — F. de Almeida, *Étude sur un mycétome à grains noirs dû à* A. paraguayensis. — C. Owen, M. Anderson et A. Henrici, *Allergie dans les infections à* Monilia *et à levures.* — M. Moore, *Culture de* Malassezia furfur. — J. Lodder, Torulopsis *ou* Cryptococcus ? — R. Ciferri, P. Redaelli et V. Visocchi, *La famille des Histoplasmacées.* — R. Cifferi, P. Redaelli et C. Cavallero, *L'oidium* albicans *de Robin, étude critique et expérimentale.* — V. Puntoni, *Études sur le genre* Trichosporon. — J. Froilano de Mello et C. Lobato de Faria, *Sur l'infestation des ulcèrations lépreuses par des champignons lévuriformes.* — R. Ciferri, O. Verona et V. Saggese, *Isolement du* Pseudomycoderma matalense *et révision du groupe.* — A. Giordano, *Étude mycologique du* Debaryomyces neoformans *et valeur de cette espèce en pathologie animale.* — H. Diddens et J. Lodder, *Appel pour l'unification de la terminologie dans les Mycotoruloïdacées.* — S. Milochevitch, Trichophyton immergens *et ses manifestations cliniques.* — A. Catanei, *Sur la place des* Trichophyton violaceum *et* glabrum *dans la classification.* — J. Mac Kinnon, Aspergillus terreus, *parasite de l'homme.* — F. Morikawa, *Sur la dermatite verruqueuse céphalosporique.* — E. Vaccari, E. Baldacci et R. Ciferri, *Observations comparatives sur les espèces du genre* Malbranchea. — R. Ciferri, Aspergillus stellatus, *forme conidienne de l'*Emericella variecolor. — R. Cifferi et P. Redaelli, *Nouvelle hypothèse sur la nature de* Blastocystis. — T. Benedek, *Nouvelles recherches sur la morphologie et la systématisation de* Bacillus endoparasiticus (Schizosaccharomyces hominis). — G. Luchetti et M. di Molfetta, *Sur la présence des mycètes dans la bile humaine.* — L. Grigoraki, *Le Docteur Sabouraud et ses travaux.* — A. Buschke et B. Peiser, *Aperçus biologiques et cliniques sur les nouvelles recherches sur le thallium et leurs rapports avec les affections mycologiques des poils*, etc., etc.

Le premier fascicule du tome III (10 février 1941) renferme les travaux originaux suivants :

C. Cavallero (Pavie). — *Allergie et immunité dans les mycoses par levures (blastomycoses)* (pp. 1 à 41, en italien) : importante revue générale et longue bibliographie sur les érosions interdigitales, le muguet, les moniliases généralisées, les levurides, les mycoses pulmonaires par levures, la sprue, les dermatites verruqueuses mycosiques (de Gilchrist et voisines), les mycoses par *Debariomyces neoformans* (maladie de Busse-Buschke, toluroses américaines), les recherches expérimentales sur l'allergie et l'immunité par levures, la lymphangite épizootique des solipèdes, la maladie de Darling ou histoplasmose (hépato-splénomégalie, tableau voisin de celui de la leishmaniose viscérale par lésion du système réticulo-histiocytaire due à *Histoplasma capsulatum* de Darling).

E. Baldacci (Pavie). — La classification des actinomycètes au 3e Congrès international de Microbiologie (New-York, 2-9 sept. 1939) (pp. 42 à 43, en anglais) : Le genre *Nocardia* est, en partie, synonyme d'*Actinomyces*. Le genre *Proactinomyces* de Jensen (1931) est accepté. Les actinomycètes anaérobies restent discutés sous les noms de *Actinobacterium* (Haass), *Cohnistreptothrix* (Pinoy), *Brevistreptothrix*; leur identité avec le *Corynebacterium* n'est pas admise, etc. (bibliographie).

O. Verona et R. Ciferri. — *Action excitante sur les champignons de la pseudo-solution éthylène-glycolique de 3-5 dibenzanthracène* (pp. 44-49, en italien) : L'effet excitant est dû à l'éthylène-glycol (bibliogr.).

O. Verona (Florence). — *Mycète pathogène pour l'homme et les plantes* (p. 50, en italien) : Lésion de la cornée par *Cephalosporium Serræ* de Maffei (1929), retrouvé sur certains dahlias du genre Verticillium (bibliogr.).

Fl. Niño (Buenos-Aires). — *Nouvelle observation de granulome paracoccidioïdien en République Argentine (forme lymphatico-tégumentaire)* (pp. 51 à 63 en espagnol) (6 fig., bibliogr.) : Longue étude clinique, hématologique et mycologique d'un cas chez un homme de 43 ans, à nombreuses et volumineuses adénopathies cervicales, axillaires, inguinales, lésions ulcéro-croûteuses ou cicatricielles de la peau et de la bouche. Autopsie; étude histologique des lésions ganglionnaires et cutanées; isolement de *Paracoccidioides brasiliensis.*

Ch. Joyeux (Marseille). — *Paul Vuillemin* (1861-1932) (pp. 64 à 80, en français) et revue de ses travaux.

Bibliographie mycopathologique (pp. 81 à 92).

Le deuxième fascicule du tome III (10 août 1941) renferme les travaux originaux suivants :

S. Barbosa (São Paulo). — *Sur un nouveau hyphomycète parasite de l'homme (Cephalosporium cordoniformis,* n. sp.) (p. 93, en anglais), étudié dans une onychomycose.

P. Negroni et R. Blaisten (Buenos-Aires). — *Étude morphologique et physiologique d'une nouvelle espèce de* Prototheca : P. Ciferrii (pp. 94 à 104, en espagnol) (7 fig., 1 tableau). Étude approfondie d'une nouvelle algue achlorique isolée de l'épiderme d'une pomme de terre; discussion du genre *Prototheca* de Prinzt.

R. Arima (Osaka). — *Destruction de la tuberculose par le vaccin AO* (pp. 105 à 130, en allemand), longue bibliogr. (travail présenté à la 11e Conférence de la Réunion internat. pour la lutte contre la tuberculose, à Berlin). Importante suite aux travaux de l'auteur depuis 1939. Le vaccin AO est obtenu par conservation à la glacière, en solution chlorurée physiologique, de bacilles tuberculeux vivants; il est stérile, mais vivant au sens immunbiologique; le protoplasme du bacille reste non modifié, « natif », après la saponification initiale des cultures; il est polyva-

lent, non anaphylactisant. Ce vaccin est donné en injections : 5 la première année, à intervalles d'un mois, 3 la deuxième année à intervalles de 4 mois. 3 millions de traitements curatifs et 1.400.000 traitements prophylactiques ont été faits jusqu'en 1939, notamment dans l'armée. L'auteur développe longuement les bons résultats obtenus : absence de nouveaux cas dans les districts vaccinés, guérison rapide des cas légers, amélioration générale de la santé, frais minimes.

P. P. Montessori (Pavie). — *La granulomatose coccidioïdienne en Europe* (pp. 131 à 139, en italien, bibliogr.). Revue générale, 4 cas personnels (2 pulmonaires, 2 cutanés), étude de 2 souches (napolitaine et balkanique) de *Glenospora meteuropa*, et de leur parenté avec certaines souches américaines de *Coccidioides immitis*.

C. Cavallero (Pavie). — *L'allergie et l'immunité dans les dermatophyties* (pp. 140 à 181, en italien, longue bibliogr.). Importante étude critique sur les différentes méthodes de tests cutanés à la trichophytine, sur leur morphologie, leur histologie, leur spécificité, leurs variations. Étude de l'immunité et des modifications humorales dans les dermatophyties. La question des dermatophytides (notamment de celles des mains, coexistant avec une épidermophytie des pieds), de l'érythrasma.

R. Ciferri et P. Redaelli. — Sur les affinités et la position systématique des genres *Madurella* et *Indiella* (pp. 182 à 202, en italien, 4 fig., bibliographie). Les « grains » de maduromycose sont identiques aux sclérotes de *Mycelia sterilia*, principalement à ceux de *Sclerotium*, *Rhizoctonia*. L'unité du genre *Madurella* est basée sur sa division en quatre sous-genres : *Eumadurella* à grains de couleurs variées, surtout noirs, dans les tissus vivants et les cultures, *Pseudomadurella* à grains noirs ou ternes, seulement dans les tissus vivants, *Rubromadurella* à grains rouges ou pourpres, seulement dans les tissus vivants, *Indiella* à grains blancs ou clairs, seulement dans les tissus vivants.

Critique des espèces à admettre dans ce groupe, comprenant aussi *Glenospora khartoumensis* ! discussion du *Chionyphe Carteri*.

P. Redaelli et R. Ciferri. — *Nouvelle classification des* Trichosporon (pp. 203 à 217, en italien, 2 planches). Description de 6 nouvelles souches de T. dont 3 isolées chez l'homme (*T. infestans*, 2 souches ; *T. cutaneum*), une dans la cellulose (*T. Beigeli*) et deux dans le fromage (*T. Luchettii*). Analyse des espèces fondamentales : *T. giganteum*, *proteolyticum*, *infestans*, *Luchettii*, *Balzeri*, *granulosum*, *Beigeli*, *cutaneum*, *Uffreduzzii*, toutes du sous-genre *Proteomyces* (avec synonymies et indications bibliographiques).

Bibliographie mycopathologique (pp. 218 à 224).

A. Touraine.

Tomas Caro-Paton. — **Observacion de una epidemia en la region levantina durante la guerra. Tinas de origen animal y de origen humano.** (Observation d'une épidémie dans la région du Levant pendant la guerre. Teignes d'origine animale et d'origine humaine). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 4, janvier-février 1941, p. 313 et n° 5, p. 362.

Sur 12.000 malades atteints d'affections dermato-vénéréologiques 188 teignes ont été observées (107 teignes tondantes, 64 cas herpès circinés et 3 favus).

Les teignes tondantes ont été sèches ou inflammatoires. Sauf de rares exceptions, les formes inflammatoires intenses, souvent en rapport avec une origine animale ont guéri facilement, tandis que les formes sèches habituellement d'origine humaine, se sont montrées plus rebelles au traitement.

Des espèces variées de champignons végétaient parfois simultanément sur une même tête.

De l'ensemble des faits observés se dégage la notion d'un facteur biologique du

traitement : une immunité se crée, puissante dans les teignes animales, atténuée dans les teignes humaines.

L'auteur estime que l'épilation thallique, inférieure à l'épilation rœntgenthérapique, est sans danger lorsqu'elle est maniée correctement.

J. MARGAROT.

W. KRANTZ (Göttingen). — **Mikrosporon equinum** (Bodin, 1898). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 2, 3 août 1940, pp. 234-238, 4 figures.

Alors que cette épidermophytie du cheval est considérée comme non rare en France mais exceptionnelle en Allemagne, K. en a observé plusieurs cas. Il en donne une étude mycologique et expérimentale (cobaye, lapin, homme).

A. TOURAINE.

IRÈNE MUSTER et R. PAILLARD (Genève). — **Remarques sur le Scopulariopsis brevicaulis Bainier 1907, à propos de 4 cas de dermatomycose due au Scopulariopsis.** *Dermatologica* (Bâle), t. **86**, nos 4-5, octobre-novembre 1942, pp. 271-283, 4 figures. Bibliographie.

Les auteurs ont retrouvé ce parasite dans trois cas d'hyperkératose interdigitale des pieds, identique cliniquement à la banale épidermophytie interdigitale (♂ de 74 ans, début à 30 par les aisselles, les aines, puis les bourses, le périnée, en plaques érythémato-squameuses suintantes ; ♂ de 50 ans ; ♂ de 45 ans), de très lente évolution et guérissant par l'alcool iodé à 2 o/o. Il s'agissait d'un champignon très voisin chez un homme de 50 ans atteint, depuis 27 ans, d'un eczéma kératosique palmo-plantaire et, depuis 3 ans, de psoriasis typique.

Bonne étude mycologique et critique du genre *Scopulariopsis* (Bainier, 1907).

A. TOURAINE.

E. K. GABRIELSEN. — **Studies on Trichophyton interdigitale Priestley. — Influence of the temperature on the Growth of the Fungus. — Thermoresistance of the Fungus** (Étude du Trichophyton interdigitale de Priestley. Influence de la température sur les cultures. Thermorésistance du champignon). *Acta Dermato-Venereologica*, t. **23**, fasc. 5, janvier 1943, pp. 405-415, 2 figures. Bibliographie.

La température optima pour la germination des conidies ensemencées est aux environs de 30° C. Pas de germination à 11°, ni à 38°. C'est à 30° que la pousse est la plus abondante ; au-dessous de 8° et au-dessus de 40° elle est interrompue.

Les cultures anciennes résistent à la chaleur mieux que les cultures plus jeunes. Les conidies résistent moins que le mycélium. A la chaleur humide, le champignon est tué à 60° en 10 minutes. A la chaleur sèche, il faut arriver à 90°.

A. CIVATTE.

S. SZATHMÁRY. — **Trichophyton pratense.** *Tagung der Ungarischen Dermatologischen Gesellschaft*, Budapest, 20-21 décembre 1940, *in Dermatologische Wochenschrift*, vol. **114**, n° 5, 31 janvier 1942, pp. 98-99.

S. pense que tout un groupe de dermatophytes provient d'une même souche, dont une variété, le *Tr. pratense*, vit à l'état de liberté dans la nature et se transforme par passage chez l'animal. Il envisage le fait, arguments de cultures et d'inoculations à l'appui, pour le *Tr. gypseum* qui serait issu de cette souche originelle et, peut-être aussi, pour le champignon de Kaufmann-Wolf et le *Tr. fluviale* [détails à lire dans l'original, *An*].

A. TOURAINE.

S. SZATHMARY (Gyula, Hongrie). — **Trichophyton fluviale.** *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 2, 3 août 1940, pp. 192-203, 10 figures.

Chez un grand nombre de plus de 200 cas de dysidrose observés dans la région de Gyula, au printemps ou au début de l'été, après les bains de rivière, S. a isolé

le *Tr. fluviale* qui paraît une variété résistante de l'*Epidermophyton interdigitale* de Kaufmann-Wolf. Étude détaillée de ce champignon, de ses cultures, des lésions érythémato-squameuses obtenues chez le cobaye. S. pense que c'est là le premier champignon dont l'existence libre dans la nature est connue [Il y a près de 30 ans que Gougerot a signalé le fait pour le *Sporotrichum*. *An*].

A. Touraine.

Paavo Pirilä. — **Eine Mucormykose der aüsseren Genitalien. Ueber Schimmelpilze als Ursache von Hautkrankheiten** (Mycose des organes génitaux par une mucédinée (mucor). Les dermatoses dues à des moisissures). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 4, septembre 1941, pp. 377-396, 4 figures, longue bibliographie.

Marchande de fleurs, 21 ans. Depuis 15 jours, lésions vulvaires : rougeur, gonflement et ulcérations, sans induration. Ganglions. Au raclage on trouve des sporanges à paroi intacte et des amas de spores échappées d'autres sporanges rompues. Leur taille et la forme des sporanges, l'aspect de leurs parois font faire le diagnostic de *Mucor*.

Attouchement à la teinture d'iode. Guérison en 5 jours.

Les Mucédinées, si nous en exceptons l'Oïdium et les Monilia, ne sont d'ordinaire que des saprophytes. Voici cependant un Mucor qui s'est montré pathogène et a provoqué des lésions qu'on aurait pu prendre pour des syphilides ou, mieux encore, pour des accidents primitifs de lymphogranulome inguinal.

A la suite de cette observation, une revue générale très complète de la question des dermatoses provoquées par les Mucédinées. A. Civatte.

J. Gay Prieto et E. Rivas Cabello. — **Epidermomicosis y onicomicosis debida al sporotrichon Gougeroti** (Épidermomycose et onychomycose dues au Sporotrichum Gougeroti). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **33**, décembre 1942, n° 3, p. 169, 1 figure.

L'index et le médius de la main gauche présentent des lésions cutanées sur la face dorsale de la troisième phalange (rougeur squameuse, infiltration et parcheminement). Les ongles de ces deux doigts sont épaissis, rugueux, semés de points brun-jaunâtres et sont un peu douloureux à la pression. La compression de l'ongle provoque l'issue d'une gouttelette de pus. Des cultures sur milieu de Sabouraud donnent des colonies noirâtres et permettent la mise en évidence du *Sporotrichum Gougeroti*.

J. Margarot.

J. Schlammadinger. — **Die Pityriasis versicolor alba — ein optisches Phänomen ?** (Le pityriasis versicolor blanc — un phénomène d'optique ?). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **113**, n° 41, 11 octobre 1941, pp. 837-843, 2 fig. Bibliogr.

S. passe en revue et critique les diverses explications de la teinte blanche de certains pityriasis versicolor : variété spéciale de champignon, diminution du pigment par action directe du parasite, écran contre les radiations lumineuses formé par la couche cornée vacuolaire et épaissie, illusion due à un phénomène de contraste, etc.

De l'étude histologique de deux cas, S. conclut que le champignon en se développant dans la couche cornée rend celle-ci vacuolaire, lamelleuse, comme feuilletée. Les radiations lumineuses sont complètement réfléchies par la couche cornée altérée qui devient ainsi blanche. Une conséquence de cette réflexion totale est que l'élaboration normale du pigment cesse puisque les radiations ne parviennent plus jusqu'à la couche basale. D'ailleurs si l'on irradie fortement à la lampe de quartz, la pigmentation reparaît. A. Touraine.

Xavier Vilanova. — **Contribucion al estudio de las formas clinicas anormales de la pitiriasis versicolor. Forma papulosa** (Contribution à l'étude des formes cliniques anormales du *Pityriasis versicolor*. Forme papuleuse). *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 9, juin 1941, p. 868, 3 fig.

Des éléments papuleux, primitivement rattachés à une maladie de Darier, ont été finalement rapportés à un *pityriasis versicolor* atypique : la papule était due à un œdème du corps papillaire associé à une hyperkératose de la surface épidermique. J. MARGAROT.

K. MOSSIGE. — **Pityriasis versicolor of maculo-papulous type** (Pityriasis versicolor maculo-papuleux). *Acta Dermato-Venereologica*, t. **24**, fasc. 1, mai 1943, pp. 36-42, 3 figures, courte bibliographie.

Femme, 24 ans. Sur le thorax, l'abdomen, les fesses, les cuisses, éruptions maculo-papuleuses qui ressemblent à une éruption syphilitique secondaire de macules et de papules ou à un parapsoriasis en gouttes. Éléments de la taille d'une lentille au maximum, couleur jaune sale ou rouge. Par places, les macules confluent en placards. Les papules sont dures, infiltrées, de couleur allant du rose au brun-rouge, quelques-unes avec collerette. Au grattage des macules, on trouve sous la squame, un épiderme intact ; la surface des papules grattées devient brillante et moite.

Le microscope permet de voir du *Microsporon furfur*. L'examen histologique (F. Pinkus) montre sur les papules une hyperacanthose notable avec exocytose abondante. Quelques infiltrats péri-vasculaires. Rien qui permette de croire à une syphilide. A. CIVATTE.

A. LEMBKE (Kiel). — **Die Wirkung ultravioletter Strahlen auf pathogene Schimmelpilze** (L'action des rayons ultra-violets sur les moisissures pathogènes). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. **183**, n° 3, 30 décembre 1942, pp. 324-343, 5 figures, 7 tableaux, longue bibliographie.

Revue générale de la question. Importantes recherches personnelles sur 55 espèces différentes. La plupart des moisissures sont tuées en 320 secondes sous une force de 1.175 Erg/sec. par centimètre carré, quelques-unes en 960 secondes. Cette résistance varie selon la température, le *p*H, le degré de croissance, la longueur d'ondes (seules les longueurs de moins de 2.500 Å sont thérapeutiques). Pour le détail de ces variations, se reporter aux tableaux. A. TOURAINE.

EGEA BUENO Y MARTINEZ CASTRO. — **Acidosis por acetato neutro talioso** (Acidose par l'acétate neutre de thallium). *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 1, octobre 1941, p. 51.

Un enfant atteint de trichophytie du cuir chevelu et soumis à une épilation par l'acétate de thallium, présente des vomissements, de l'hypothermie, une dilatation pupillaire, de la sécheresse de la bouche et de la somnolence. L'urine renferme une quantité énorme d'acétone. Cet accident n'étant pas de l'ordre de ceux que l'on observe au cours de l'intoxication par le thallium, l'auteur incrimine une intolérance spéciale en rapport avec une insuffisance hépatique. J. MARGAROT.

4n. — *Dermo-hypodermomycoses.*

K. W. KALKOFF (Munster). — **Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Sporotrichonpilzen und Tuberkelbacillen in klinisch gleichartigen Krankheitserscheinungen** (Sur la présence simultanée de Sporotrichum et de bacille de la tuberculose dans des manifestations cliniquement similaires). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. **183**, n° 3, 30 décembre 1942, pp. 347-364, 6 figures. Bibliographie.

K. rappelle les cas analogues de Spillmann et Gruyer (1908), Achard et Ramond (1909), Fontoynont et Carougeau (1922), Semmola (1939). Il étudie un nouveau cas de cette association chez un homme (ostéite du 5e métacarpien, suivie d'une adénopathie fistulisée de l'aisselle puis, après traitement ioduré, d'une tuberculose pleurale puis généralisée, mortelle).

A cette occasion, l'auteur insiste sur les difficultés que crée cette association pour le diagnostic clinique, biologique, histologique et pour le traitement.

A. TOURAINE.

L. Smith. — **Blastomycosis and the blastomycosis like infections** (Les blastomycoses et infections voisines). *Journal of the American medical Association*, t. **116**, 1941, pp. 200-204.

Bonne revue générale avec étude particulière des *Blastomyces dermatidis, Coccidioides immitis, Paracoccidioides brasiliensis, Hormodendron pedrosoi, Phialophora verrucosa, Monilia abicans, Torula histolytica, Sporotrichum schencki, Scopulariopsis brevicaulis, Rhinosporidium seeberi, Histoplasma capsulatum.* Étude clinique, diagnostique et mycologique ; importance des tests cutanés, même s'ils ne sont pas complètement spécifiques. A. Touraine.

M. Alajouanine, R. Thurel et R. Villey. — **Actinomycose temporo-maxillaire à début méningé.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **57**, nos 30 et 31, 24 décembre 1941, pp. 795-800.

Rare observation d'une actinomycose qui avant de s'extérioriser sous un aspect caractéristique temporo-maxillaire s'est manifestée pendant plusieurs mois par des troubles nerveux ayant pour substratum une réaction méningée. On constate dans le liquide céphalo-rachidien la présence de deux bâtonnets acido-résistants morphologiquement semblables au bacille de Koch, mais sans les modifications habituelles chimiques et cytologiques habituelle de la méningite tuberculeuse. L'inoculation au cobaye permet d'éliminer la tuberculose. Sur le cou, dans les régions rétro-auriculaires et sous-angulo-maxillaire, sur le bord radial des mains, éruption de placards érythémateux d'aspect lupique, mais s'effaçant à la vitro-pression ; petits ganglions cervicaux, axillaires et sus-épitrochléens. Cette éruption s'efface sous l'influence, semble-t-il, de la sulfamidothérapie. Puis apparaît le gonflement des régions temporales et maxillaire d'aspect inflammatoire qui fait porter le diagnostic d'actinomycose. Porte d'entrée vraisemblablement dentaire. H. Rabeau.

W. Fröhlich, F. Zach et W. Piringer (Vienne). — **Ueber ein der Noma ähnliches Krankheitsbild hervorgerufen durch Blastodendrion palati** (Sur un tableau clinique rappelant le noma et provoqué par le Blastodendrion palati). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 179, n° 5, 23 novembre 1939, pp. 521-530, 8 figures, courte bibliographie.

Chez un homme de 24 ans, une ulcération du voile osseux devient térébrante, nécrosante pour l'os sous-jacent, extensive, détruit une narine, devient anémiante, fébrile et entraîne la mort en 5 mois (avec pleurite, endocardite, splénomégalie).

Du tissu de granulation de la plaie de la bouche, les auteurs isolent une espèce nouvelle de champignon, le *Blastodendrion palati* (F. Zach), en cellules globuleuses, ovoïdes ou allongées qui donnent un mycélium en cultures liquides.

[On peut se demander s'il s'agit du parasite pathogène ou d'une infection secondaire car il n'est pas question des autres recherches bactériologiques usuelles ; un vaccin obtenu de la culture pure de ce parasite donne une réaction urticarienne chez tous les sujets : agglutination et fixation du complément ont été négatives ; l'iodure de potassium à haute dose n'a eu aucune action, etc. *An*].

A. Touraine.

A. Dosa. — **Die Heilwirkung des Sulfamids auf die experimentell erzeugte Blasto- und Aktinomycose der Ratte** (Efficacité des sulfamides dans le traitement de la blastomycose et de l'actinomycose expérimentales des rats). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 4, septembre 1941, pp. 315-319, 2 figures, courte bibliographie.

Des rats sont inoculés avec une suspension de cultures d'actinomyces et du pus de blastomycose purulente profonde (Busse-Buschke). Un certain nombre absorbent dans leurs aliments pendant 12 jours, depuis le moment de l'inoculation, des doses décroissantes de sulfamide (acétylaminobenzolsulfone) — doses qui correspondraient pour un homme de 60 kilogrammes à 5 gr. 4 gr., 3 gr., 2 gr., 1 gr. par jour. — Presque tous demeurent indemnes (on trouve cependant du champignon dans les organes.

Dans un second lot, traité par des doses moitié moindres, 40 o/o des animaux sont infectés et meurent.

Dans un troisième lot, le traitement est commencé seulement au moment où apparaissent les premiers symptômes de la maladie (8e jour pour la blastomycose, 16e jour pour l'actinomycose). Amélioration, puis guérison de 80 o/o des animaux. Un quatrième lot n'est pas traité, tous les animaux meurent.

A. Civatte.

4o. — *Dermatoses par protozoaires.*

J. Mercadal Peyri. — **Contribucion al estudio histologico del boton de Oriente. Leishmanias y epidermis, nidos parasitarios** (Contribution à l'étude histologique du bouton d'Orient. Leishmania et épiderme. Nids parasitaires). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **33**, juin 1942, n° 9, p. 920, 2 figures.

Les lésions produites par l'infestation leishmanienne dans le derme sont bien connues. L'auteur attire l'attention sur les altérations spéciales de l'épiderme et en particulier sur la présence dans le corps muqueux de groupements de cellules et de germes réalisant de véritables nids parasitaires. J. Margarot.

F. Flarer et V. Grillo (Catane). — **Versuche bei experimenteller menschlicher Hautleishmaniose** (Recherches sur la leishmaniose humaine expérimentale de la peau). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. **183**, n° 1, 30 mai 1942, pp. 43-51, 3 figures.

Après inoculation d'homme à homme, l'incubation n'est que de quelques jours s'il ne doit se produire qu'une minime réaction inflammatoire (sujets neufs) ; elle est beaucoup plus longue (jusqu'à un mois) au cas où se forme un granulome (sujets antérieurement infectés). Chez les sujets neufs, 6 succès sur 10 essais ; chez les sujets antérieurement infectés, 6 succès sur 15 essais ; il y a donc possibilité d'une superinfection. A. Touraine.

4q. — *Fièvres éruptives.*

Ch. Flandin. — **Sur quelques cas de variole survenus à l'hôpital Saint-Louis.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **58**, nos 5-6-7-8, 23 mars 1941, p. 75.

F. attire l'attention sur une vingtaine de cas de variole observés à l'Hôpital Saint-Louis, rappelle l'importance seulement relative de l'isolement, insiste sur la nécessité des vaccinations systématiques de la population dans l'ignorance où nous sommes de la durée de l'immunité vaccinale qui varie suivant les sujets et suivant les périodes. H. Rabeau.

Ch. Flandin. — **Quelques remarques à propos de l'épidémie de variole. Variole atténuée sans éruption Diminution de l'immunité vaccinale.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **58**, nos 5-6-7, 20 février 1942, p. 99.

Majorité de cas bénins. Possibilité de variole atténuée sans éruption, chez des malades hospitalisés pour dermatoses, en contact avec des malades atteints de variole présentant un crochet fébrile à 40° avec céphalée et courbature, et une immunité vaccinale. Fréquence des vaccinations positives : 70 à 80 o/o, alors qu'autrefois la proportion des résultats positifs dans les écoles et au moment des incorporations était de 20 o/o. H. Rabeau.

J. Célice, de Pablet et J. Blancard. — **Remarques sur le début de l'épidémie de variole (épidémiologie, myélogrammes, aminobenzène, sulfamido-thiourée).** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **58**, nos 9-10-11, 10 juin 1942.

Il est regrettable que la pratique de la vaccination jennérienne faite à tous les entrants dans les hôpitaux, soit tombée en désuétude ; cela aurait évité les contaminations. Petite épidémie atypique : incubation de 10 à 16 jours, pas d'invasion solennelle et brutale, vomissements dans la moitié des cas, rachialgie une seule fois, jamais de rash. Éruption coïncidant avec une chute thermique. L'intensité plus marquée aux parties découvertes, éléments d'âge différent, éruptions prurigineuses dans la moitié des cas. Aucune complication n'a été observée.

Taux d'urée plus élevé à la phase initiale. A la phase de suppuration, hyperleucocytose avec mononucléose. La ponction sternale montre un nombre de polynucléaires diminué légèrement mais non constamment, une quantité de métamyélocytes et de myélocytes diminuée dans trois cas sur cinq, une proportion de promyélocytes et de myéloblastes toujours augmentée.

La sulfamidothérapie a paru utile (2.255 R. P.) et a été bien supportée.

H. Rabeau.

4r. — *Dermatoses par ultra-virus.*

J. Mercadal Peyri. — **Contribucion al estudio del nodulo de los vaqueros.** (Contribution à l'étude des nodules des vachers). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **32**, no 8, mai 1941, p. 739, 2 fig.

Il convient de songer aux nodules des vachers chez les sujets présentant sur les mains des lésions végétantes de type nodulaire.

L'observation de M. P. met en évidence une forme atténuée de la vaccine des bovidés. Histologiquement les lésions ont les caractères d'un infiltrat dermique à type de granulome pyococcique, mais l'hyperplasie du corps muqueux et la désagrégation de la basale lui donnent un aspect épithéliomatoïde assez curieux.

J. Margarot.

4s. — *Neuro-ectodermoses par ultra-virus.*

T. H. Magnusson. — **Beitrag zur Klinik und Ætiologie der Zostererkrankung** (Contribution à l'étude clinique et étiologique du zona). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **23**, fasc. 5, janvier 1943, pp. 421-437, 5 figures. Bibliographie.

Deux cas. Dans le premier, éruption sur la moitié gauche du visage et la muqueuse de la joue gauche. En outre, vésicules aberrantes assez nombreuses sur le tronc, des deux côtés. Début fébrile (au-dessus de 39°). Vertiges, raideur de la nuque. Signe de Lasègue positif. Albuminurie. A la ponction lombaire, liquide clair. 72 leucocytes par millimètre cube, dont 2 o/o de polynucléaires et 98 o/o de mononucléaires. — En 4 semaines, environ, tout rentre dans l'ordre.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un zona ophtalmique pur, sans aucun signe de réaction méningée. Dans l'entourage de la malade, il y avait eu deux varicelles.

Des singes sont inoculés avec les matières fécales des malades (la technique est soigneusement indiquée. C'est à peu près celle de Trask, Vignes et Paul). L'animal ne présente aucun symptôme pathologique. On le sacrifie le 26e jour. Examen histologique de la région inoculée et du système nerveux. L'inoculation du premier cas donne une infiltration péri-vasculaire à mononucléaires dans toute la substance cérébrale et dans les méninges craniennes et rachidiennes. On trouve, en outre,

dans l'un des cordons latéraux de la moelle, à la limite de la moelle cervicale et de la moelle dorsale, un infiltrat de mononucléaires et de polyblastes.

L'examen de l'animal inoculé avec le matériel du deuxième cas ne montre aucune lésion. A. CIVATTE.

P. KOPASZ (Bocar, Yougoslavie). — **Zur Zoster-Varizellen-Frage** (Sur la question zona-varicelle). *Wiener Archiv für innere Medizin*, vol. **33**, n° 1, 20 juillet 1939, pp. 51-56.

D'une revue d'ensemble de la littérature sur ce sujet K. conclut que les observations cliniques et l'expérimentation confirment l'opinion de v. Bokay (1888) sur l'identité du virus de ces deux affections. A. TOURAINE.

C. LEVADITI. — **Comportement des ultra-virus herpétique et poliomyélitique à l'égard des radiations ultra-violettes en milieu fluorescent.** *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. **136**, n°s 11-12, 13 juin 1942, pp. 404-405.

Éminemment sensible au rayonnement ultra-violet en milieu fluorescent (fluorochrome : thioflavine), le virus herpétique se comporte d'une manière différente de celle du virus poliomyélitique (souche Lansing). Celui-ci résiste encore après une irradiation de 2 heures. L'auteur explique ces différences par la différence de taille des deux ultravirus (125 mμ pour l'herpès, 60 mμ pour la poliomyélite), la nucléoprotéine-virus plus volumineuse, celle de l'herpès, étant plus vulnérable à l'égard du rayonnement ultra-violet que la nucléoprotéine-virus de dimensions plus restreintes, celle de la poliomyélite. LUCIEN PÉRIN.

4t. — *Dermatoses par cocci.*

H. HAXTHAUSEN. — **Eine vereinfachte Kristallviolettmethode zür Züchtung von Streptokokken der Haut** (Une simplification de la méthode au cristalviolet pour la culture des streptocoques de la peau). *Acta Dermato-Venereologica*, t. **22**, fasc. 3, mai 1941, pp. 262-267, 2 figures.

On sait que la méthode de culture en bouillon de Sabouraud ne permet pas de juger des quantités respectives de staphylocoques et de streptocoques dans un élément éruptif, et risque de faire attribuer à quelques streptocoques saprophytes ce qui revient au staphylocoque dans cet élément. La méthode au cristal-violet publiée par H. (*Ann. Derm.*, 1927) permet, au contraire, de faire la part des deux microbes et de différencier, par exemple, l'impétigo streptogène de l'impétigo staphylogène. Mais cette méthode est assez compliquée. L'auteur indique ici un procédé simplifié et tout aussi sûr. A. CIVATTE.

R. FRIEDBERG. — **Bacteriological studies on impetigo, especially the streptogenic form** (Recherches bactériologiques dans l'impétigo et spécialement l'impétigo streptogène). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **23**, fasc. 4, décembre 1942, pp. 297-305, 3 tableaux, courte bibliographie.

Culture de 55 cas, répartis en deux types : le type A à petites bulles, à croûtes jaunes et épaisses ; le type B, bulles plates, croûte mince et brillante. Dans le groupe A (30 cas), on trouve du streptocoque hémolytique, peu dans 23 cas et 25 fois associé à du staphylocoque doré.

Dans le groupe B, pas de streptocoque et seulement du staphylocoque doré. Le streptocoque hémolytique du groupe A ne diffère en rien par ses caractères culturaux et ses réactions d'agglutination de celui qu'on trouve dans la gorge des malades atteints d'angine banale ou de scarlatine. A. CIVATTE.

A. Marchionini et S. Tor (Ankara). — **Zur Klimatophysiologie und-pathologie der Haut. — II. — Beziehungen des Klimas zur Epidemiologie, Aetiologie und Bakteriologie der Pyodermien in Zentralanatolien** (Sur la physiologie et la pathologie climatiques de la peau. II. Rapports du climat avec l'épidémiologie, l'étiologie et la bactériologie des pyodermites en Anatolie centrale). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 3, 9 octobre 1940, pp. 239-293. Bibliographie.

Long article qui cherche à expliquer la fréquence des pyodermites dans cette région (36 à 37 o/o des dermatoses à Ankara, 34 à Jérusalem, contre 5,1 à Breslau, 4,3 à Toulouse, 2 à Prague, 7 à Londres, 1,6 à 5,1 en U.S.A.), surtout de mai à novembre et chez les sujets jeunes. Il élimine le rôle d'une mauvaise hygiène corporelle et d'une avitaminose A ; il incrimine celui de la lumière (riche en rayons ultra-violets qui altèrent le revêtement acide protecteur de l'épiderme et sa teneur en calcium), de l'insolation journalière de longue durée, de l'élévation de la température moyenne, de la sécheresse de l'air, de la fréquence des parasites piqueurs (phlébotomes, acares). Nombreux tableaux et schémas à l'appui.

A. Touraine.

W. Volavsek (Vienne). — **Zur Chemotherapie des Rotlaufs** (Sur la chimiothérapie de l'érysipèle). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 6, 20 février 1941, pp. 761-769. Bibliographie allemande.

600 érysipèles ont été traités sans prontosil ; apyrexie dans une moyenne de 5,6 jours, mort dans 6,5 o/o, complications dans 15,5. 600 autres ont été traités par le prontosil ; apyrexie, dans une moyenne de 3,2 jours, mort dans 2 o/o, complications dans 4. Dose : 3 fois par jour 2 comprimés de 0,3 gr. jusqu'à apyrexie, puis 3 fois 1 comprimé jusqu'à guérison.

A. Touraine.

G. Milian. — **Leçons cliniques : Thérapeutique étiologique.** *Paris Médical*, 33e année, n° 24, 20 juin 1943, pp. 163-164.

L'auteur relate l'observation d'une femme de 50 ans, atteinte de rhumatisme chronique et de paraplégie spasmodique, qui présentait une dermite érythémateuse vulvaire et péri-vulvaire extrêmement prurigineuse la torturant depuis des mois et empêchant le sommeil. Cette dermite traitée sans résultat par les thérapeutiques habituelles de l'eczéma, poudres, pommades, extrait splénique, prohibition de l'eau, etc., guérit rapidement par les médications anti-infectieuses : bains de permanganate de potasse, badigeonnages au vert de méthyle, lysapyrine, etc. Il s'agit d'une dermite infectieuse à point de départ ano-génito-urinaire, témoignant une fois de plus du caractère prurigineux de ces dermites et de la nécessité de les traiter par les médications antiseptiques locales.

Lucien Périn.

J. E. Paillas. — **Formes neurologiques des staphylococcies : les paraplégies par spondylites, épidurites et myélites.** *Paris Médical*, 33e année, n° 24, 20 juin 1943, pp. 159-163.

Le staphylocoque qui constitue un saprophyte banal du tégument et des muqueuses n'est pas habituellement un microbe méningotrope ou neurotrope.

Toutefois, il est susceptible d'exercer sur les cellules nerveuses une action cytolytique se traduisant par des manifestations nerveuses diverses, notamment par des paraplégies. A l'appui de cette conception l'auteur relate plusieurs cas de paraplégies par spondylites, par épidurites ou par myélites, dont la nature staphylococcique lui paraît démontrée.

Lucien Périn.

H. Mondor, R. Picot, J. C. André et J. C. Blein. — **Septico-pyohémie à staphylocoques. Guérison par l'iodo-sulfamidothérapie.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **38**, n° 3-4, 27 janvier 1943, pp. 445-446.

Matelot de 18 ans chez lequel un anthrax de la lèvre supérieure est suivi de septicémie à staphylocoque doré hémolytique, avec abcès métastatiques pulmonaires. Un traitement combinant l'iodo-protide et le septoplix permit de juguler tous les accidents en quinze jours.

H. Rabeau.

G. Ramon, P. Mercier et R. Richou. — **L'anatoxithérapie spécifique des affections staphylococciques, précisions sur la conduite du traitement**. *La Presse Médicale*, année **50**, n° 35, 25 juillet 1942, pp. 473-474.

Une expérience de six années basée sur 3.000 observations personnelles permet d'affirmer l'efficacité de l'anatoxine staphylococcique. De nombreuses constatations tant cliniques qu'expérimentales révèlent le rôle important joué dans le système de défense de l'organisme contre le staphylocoque par l'anatoxine spécifique dont l'anatoxine staphylococcique provoque le développement au cours du traitement. Le traitement doit être conduit avec soin au moyen de doses suffisantes d'une anatoxine convenablement préparée et dûment contrôlée dans son activité immunisante comme dans son innocuité.

La séro-anatoxithérapie peut être utilement appliquée dans les formes particulièrement graves de staphylococcie. H. Rabeau.

4u. — *Dermatoses par bacilles.*

G. Brillinger. — **Atypische Pyodermien und Hautdiphterie** (Pyodermites atypiques et diphtérie cutanée). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, n° 10, 6 mars 1943, pp. 182-184.

Ayant isolé, par cultures, du bacille diphtérique dans quelques cas d'ecthyma nécrotique tenace des membres inférieurs, B. a eu l'idée de faire la même recherche dans ceux, devenus très nombreux parmi les troupes en campagne, d'echtyma simple des jambes. Sur 269 malades, il a ainsi trouvé 155 fois (57,6 o/o) du bacille diphtérique, sans pouvoir affirmer si sa présence était primitive ou secondaire.

Dans le traitement de ces ulcérations, le sérum antidiphtérique s'est montré inférieur aux antiseptiques ordinaires (rivanol, quinosol) et surtout aux sulfamides locaux. A. Touraine.

E. Ménard. — **Revue sommaire des accidents cutanés provoqués par le colibacille.** *Le Bulletin Médical*, année **55**, n° 24, octobre 1942, p. 253.

Les accidents cutanés colibacillaires sont pour M. assez fréquents. D'abord accidents locaux ; prurits et eczémas périnéaux, mais aussi au niveau des mains, eczéma, ulcérations ; ailleurs, abcès intradermiques ou sous-cutanés, ulcérations traînantes, parfois phagédéniques, puis syndromes dermatologiques : érythèmes, urticaires, eczémas, zona. La mise en évidence du germe au niveau de la lésion, la constatation d'une intradermo-réaction positive, la coexistence d'accidents viscéraux, l'action du traitement spécifique, arguments d'ailleurs discutables, peuvent orienter vers cette étiologie. M. insiste sur le rôle du froid qui rend la muqueuse intestinale plus vulnérable vis-à-vis du colibacille. H. Rabeau.

4v. — *Tuberculose cutanée.*

J. Dietz (Wurzbourg). — **Ueber die Typen der Tuberkelbacillen bei Hauttuberkulosen** (Sur les types de bacilles de Koch dans la tuberculose cutanée). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **179**, n° 4, 7 octobre 1939, pp. 360-386, 3 tableaux. Bibliographie.

La fréquence du bacille bovin dans les diverses formes de tuberculose cutanée et surtout de lupus est diversement appréciée : 49,5 o/o sur 261 cas pour Griffith, 0 pour Gosio et Vivaldi et pour Burnet sur 15 et 11 cas, 6,3 pour Holland sur 40 cas, 35,2 pour Folpmers sur 71 cas, 12 pour Ledermann sur 67 cas, 48,4 pour

Lange-Stürz sur 62 cas, 21,6 pour Funk sur 83 cas, 13 pour Dietz à Wurzbourg sur 136 cas. Le rôle du bacille aviaire n'est pas démontré. Les pourcentages élevés (jusqu'à 50 o/o) ne répondent pas à la réalité des faits ; ils sont dus à des erreurs.

La proportion des bacilles bovins est à peu près la même à la ville et à la campagne. Ces bacilles peuvent déterminer toutes les formes de tuberculose cutanée et rien, en clinique, ne permet de distinguer la nature du bacille en cause.

Une réponse de B. Lange à cet article a paru dans les mêmes *Archiv*, vol. **181**, n° 1, 10 mai 1940, pp. 78-84 : Les écarts constatés entre les auteurs viennent des différences, d'une région à l'autre, dans la fréquence de la tuberculose bovine et dans les habitudes de vie de la population. On ne saurait appliquer à l'homme, comme l'a fait Dietz, les résultats expérimentaux obtenus chez le lapin.

Dans le même numéro des *Archiv* (pp. 85-90), Zieler répond à Lange et maintient les conclusions de Dietz. A. Touraine.

H. Lüsebrink (Giessen). — **Ueber Tuberkelbacillenzüchtungen bei Hauttuberkulösen, Infektionswege und Vorschläge zur Früherfassung** (Sur les cultures de bacilles de la tuberculose dans la tuberculose cutanée, ses voies d'infection et propositions pour un diagnostic précoce). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **183**, n° 1, 30 mai 1942, pp. 60-89, 17 tableaux. Bibliographie.

Travail important dans lequel L. expose les résultats des cultures qu'il a faites à propos de 645 cas de tuberculose cutanée (nez : 131, joues : 138, front : 9, menton : 16, tempes : 8, oreilles : 28, cou : 14, poitrine : 1, fesses : 11, jambes : 25, pieds : 15, bras : 38, mains : 35, bouche : 15, disséminés d'emblée : 29) sur le milieu de Petragnani modifié par Witte (formule et préparations données en détail) c'est-à-dire sur pomme de terre dans un mélange de 150 centimètres cubes de lait entier, 150 centimètres cubes de bouillon de viande, 12 grammes de farine de haricots, 2 grammes de peptone. Les pièces de biopsie sont broyées dans un sérum hypertonique, centrifugées et ensemencées en stries. La culture se développe en 2-4 semaines pour le bacille humain, en 3-6 pour le bovin. Les cultures ont été contrôlées par inoculation au cobaye (Sur 181 cultures de ganglions ou de rate de cobaye, 158 ont été positives).

Sur 136 cultures de tuberculose cutanée humaine, 112 (81 o/o) étaient de bacilles humains et 24 de bacilles bovins (52 o/o de bacilles humains pour Lange, 90 pour Ledermann, 78 pour Funk, 87 pour Dietz). Les cas à bacille bovin se sont vus à tous âges jusqu'à 50 ans et surtout chez des paysans ou de grands buveurs de lait cru, d'où la nécessité d'un contrôle très sévère du bétail.

Dans 62 o/o des cas, la tuberculose cutanée a débuté au niveau d'un ganglion cervical ouvert ou incisé. Dans 42 o/o, les premières manifestations d'une tuberculose cutanée ultérieure siégeaient sur la muqueuse buccale ou nasale et faisaient penser à une origine alimentaire (lait pour le bacille bovin, aliments souillés par contamination familiale pour l'humain). Le diagnostic précoce de la tuberculose des muqueuses appartient donc surtout à l'oto-rhino-laryngologiste.

A. Touraine.

Le Gérant : F. Amirault.

DÉPÔT LÉGAL : 1944, 1er TRIMESTRE, N° D'ORDRE 87, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, N° 103. — 3-1944. — AUT. N° 349.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 13 JANVIER 1944

Présidence de M. R.-J. Weissenbach.

SOMMAIRE

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Maladie de Recklinghausen avec allongement du membre supérieur siège de la tumeur royale, par MM. H. Gougerot et A. Paraf.

Cet enfant, n° 142.440, âgé de 11 ans, est atteint de neurofibromatose de Recklinghausen typique à tumeurs disséminées sur tout le corps, génodermatose familiale, puisque sa mère et deux tantes sont atteintes de la même maladie.
Le point intéressant de cette observation est la présence d'une grosse tumeur royale sur la face antérieure du coude droit, du bras et de l'avant-bras et l'allongement très net de tous les segments du membre supérieur droit, coexistence qui a déjà été notée par plusieurs auteurs et notamment par MM. L. Boidin et J. P. Paillas (Dystrophies osseuses au voisinage des grandes plaques de dermatolysie dans la neurofibromatose. *Bull. et Mém. Soc. Médicale des Hôp. Paris*, 8 avril 1938, p. 620).

Ce fait est intéressant pour la discussion du mécanisme du nævus variqueux ostéohypertrophique de Klippel-Trénaunay ou hypertrophie hémangiectasique de Parkes-Weber. On se souvient que certains avaient incriminé dans cette affection l'augmentation de la vascularisation pour expliquer l'hypertrophie osseuse du membre, mécanisme que nous avons réfuté en nous appuyant sur de nombreux arguments. La présente observation est un argument nouveau, puisqu'ici on ne peut pas incriminer une hypervascularisation.

Maladie de Unna-Kaposi à type névritique. Amélioration des douleurs et des lésions cutanées tumorales par la vitamine B_1, par M. H. Gougerot.

Ce malade est intéressant par deux points :
— l'association de la maladie de Unna-Kaposi cliniquement et histologiquement typique et d'une polynévrite diffuse, légère mais très douloureuse, douleurs ayant débuté il y a une dizaine d'années et différentes de la claudication intermittente (il y a des calcifications des artères du membre inférieur).
La sensibilité est normale à tous les modes : tact, piqûres, chaleur ; chaleur cutanée normale ; réflexes tendineux cutanés normaux, pas de clonus, pas de parésie, pas de déformation trophique ; le nerf cubital gauche est nettement augmenté, mais régulièrement et non moniliforme ; le cubital droit est peu augmenté. L'œdème des jambes empêche de palper les nerfs même superficiels (examens électriques de Giraudeau).
— L'amélioration rapide et considérable des douleurs et des lésions cutanées du soi-disant acro-sarcome de Unna-Kaposi par la vitamine B_1. En effet, en raison des névralgies, une série d'injections sous-cutanées de 0 gr. 01 de vitamine B_1 (Bévitine) est faite trois fois par semaine ; les douleurs ont fortement diminué dès la 6e injection, les nodules et les plaques cutanées commencent à s'affaisser et après une vingtaine d'injections sont presque résorbées et assouplies ; la teinte violacée ardoisée foncée s'éclaircit et est remplacée par des macules pigmentées ; en quelques semaines l'amélioration est considérable.

Forme douloureuse de l'acné conglobata, par MM. A. Sézary, Claude Durand et R. Mollinedo.

Théo, Louis, 23 ans, consulte le 30 novembre pour une acné conglobata très dense, développée depuis plus d'une année sur toute la hauteur du dos, des fosses sus-épineuses aux douzièmes côtes. Ce sont des éléments d'abord pustuleux, dont un grand nombre creusent le derme en formant de petits abcès à contenu à la fois huileux et purulent, abcès dont plusieurs communiquent entre eux et qui, ouverts, forment des

ulcérations chroniques, atones, profondes, à essudat purulent et souvent croûteuses. Séro-réactions Σ négatives. Fait remarquable : toutes les lésions sont fortement hyperesthésiques : la pression de chaque élément, le contact des vêtements arrachent des cris au patient, qui ne peut dormir sur le dos ni même se retourner dans son lit. Le pus des pustules au début est amicrobien sur lames et sur cultures (rarissimes colonies de staphylocoque blanc). Histologie : abcès dermique avec débris de bulbe pileux dans la paroi.

Tous les traitements tentés jusqu'ici avaient échoué. Nous avons essayé les injections de Novar préconisées par M. Milian. Le résultat a été excellent. Après la 7e injection (3e de 75 centigrammes), les réactions d'hyperesthésie douloureuse ont disparu en grande partie et un grand nombre des lésions se sont asséchées et épidermisées. Il persiste cependant encore quelques ulcérations douloureuses au toucher et il survient encore quelques pustules hyperesthésiques, dont l'évolution ne va plus jusqu'à l'abcès.

Nous rapprocherons ces douleurs par hyperesthésie soit de celles que nous avons constatées récemment (voir nos *Bulletins*, 1942, pp. 472 et 474) chez des sujets atteints de lésions syphilitiques primaires ou secondaires, soit de celles bien connues du leiomyome.

Syphilides ulcéreuses en cours de traitement arsenical puis bismuthique, par M. A. Touraine et Mlle P. Robbes.

Femme de 25 ans, barmaid, sans passé pathologique. Inoculation vers le 15 août 1943. Chancre syphilitique d'une petite lèvre. Premier examen le 22 septembre. A ce moment, réactions de Wassermann et de Hecht négatives. Traitement purement arsenical : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75 × 3, 0,90 × 3, au total 6 gr. 45, terminé le 9 novembre (réactions de Wassermann, Hecht, Kahn, Meinicke négatives ce même jour). Au début de novembre, éruption de syphilides tuberculeuses (8 sur le visage, quelques-unes sur les épaules, le thorax, les cuisses, les mollets), la plupart rapidement ulcéreuses, quelques-unes avec croûtes rupioïdes. Légères adénopathies axillaires et inguinales. Asthénie. Radiographie pulmonaire normale. Pas de tréponèmes dans les lésions le 2 décembre : réactions de Wassermann et de Hecht fortement positives. Intradermo-réactions négatives à l'hémostyl, au propidon, positives à la tuberculine (nodule de 5 millimètres). Traitement par 17 injections quotidiennes de cyanure de Hg. Dessiccation progressive mais lente des lésions. Injections bi-hebdomadaires de muthanol à partir du 21 décembre. Après la cinquième, le 2 janvier, apparition de nouvelles syphilides tuberculeuses à la face et aux fesses. Donc arséno- et bismutho-résistance d'une syphilis grave qui obéissait cependant au mercure.

Actuellement traitée par le cyanure et l'iodure : amélioration.

Angiome de la langue sous lichen leucoplasiforme ulcéré, par MM. H. Jausion, R. Cailliau, R. Calop et G. Carlier.

Un jeune homme de 17 ans, sans antécédents valables, est porteur, depuis 1942, d'une ulcération fissuraire indolore, d'un petit centimètre de long, qui siège à un travers de doigt du milieu du bord droit de la langue. De là jusqu'à la pointe, s'étend une bande de glossite porcelainée, à plages d'inégale densité. Il n'y a nulle part d'arborisations jugales. Il n'y a pas davantage de leucoplasie commissurale. Le tégument est indemne. Deux biopsies, dont l'une au niveau de l'*ulcération*, montrent qu'elle est *sus-jacente à un angiome capillaire*. Ailleurs, les lésions, bien que d'*apparence leucoplasique*, répondent au diagnostic de *lichen*.

En fait, les deux histopathologies *alternent suivant les zones*. Si souvent manque l'élargissement en coupole des papilles, si l'infiltrat est plus diffus que limité, par contre, la kératinisation de la muqueuse, l'hypertrophie très inégale de la granuleuse, et l'acanthose du corps muqueux, plaident franchement pour le lichen. De l'*angiome*, on peut donc penser qu'il est *secondaire à une glossite lichénienne ulcérée*, et d'ailleurs rebelle aux traitements usuels. Il entrerait ainsi dans la catégorie de ces néoformations angiomateuses, que Touraine et Duperrat considèrent comme d'*origine inflammatoire locale*.

A propos d'une brusque exosérose, consécutive à une application d'acétylcholine et de fenchone, par MM. H. Jausion, R. Giard, R. Calop et G. Carlier.

Une patiente de 52 ans a présenté, depuis 14 ans, des poussées successives d'eczéma des jambes, ressortissant aux plus diverses des provocations antigéniques : brûlure par l'eau bouillante ; actinite ; ingestion d'aspirine ; enfin, streptococcie crurale. Or, après application sur cette *dermite poly-antigénique* d'une pommade à base d'acétylcholine et de fenchone, survient une brusque exosérose, avec éléphantiasis des membres inférieurs, et début de généralisation, puis d'érythrodermie.

Si la fenchone peut être mise hors de cause, la responsabilité du vaso-dilatateur est nettement établie par un test injectionnel, qui provoque une rechute, signée d'un *choc acétylcholinique*, conforme aux vues de Danielopolu (*hypotension, lymphopénie* et *grosse éosinophilie*). Les injections antihistaminiques se révèlent totalement inopérantes. Bien que suscité par l'acétylcholine, le flux exoséreux témoigne de la pullulation d'un *streptocoque anhémolytique*, qui cède aux intramusculaires de sulfamido-thio-urée. Ce *double mécanisme d'exosérose par vaso-dilatation et d'exaltation microbienne concomitante* pourrait concilier les deux thèses qui s'affrontent, dans la pathogénie des érythrodermies.

COMMUNICATIONS

Schwannome cutané malin récidivant mortel, par MM. Gougerot, Duperrat et Gaulier.

Mme F..., n° 66.948, 86 ans, consulte le 27 novembre 1942 pour une petite tumeur hémisphérique, lisse, indolore, rose, de 7 millimètres de diamètre, siégeant sur le versant gauche du nez à sa partie moyenne. On pratique un traitement radiothérapique de 2.000 r qui amène en deux mois la disparition de la lésion. Mais en juillet 1943 la tumeur récidive et le 18 août on constate la présence d'une saillie arrondie, lisse, assez ferme, rose-brun, de 15 millimètres de diamètre. On extirpe la tumeur au bistouri électrique après coagulation en berceau large. Deux mois après la zone nécrotique opératoire est partout entourée d'un haut bourrelet saillant, en anneau complet, qui est rapidement extensif et atteint le 8 décembre 32 millimètres sur 35 millimètres. Une irradiation de 1.300 r est pratiquée en deux champs, sur chaque versant du nez, et semble freiner la progression de la tumeur. Mais la malade, qui avait depuis quelque temps des symptômes de défaillance cardiaque, fait une complication pulmonaire fébrile et meurt le 26 décembre.

L'examen histologique a montré une tumeur dermo-hypodermique nodulaire ; chaque nodule, de structure finement fibrillaire, est constitué de grêles éléments allongés fusiformes, à noyau effilé, disposés en strates concentriques, « en pelote ».

Bien qu'il n'y ait pas de disposition pallissadique des noyaux, c'est typiquement l'aspect d'un schwannome, d'autant plus qu'il n'est pas un vaisseau de cette tumeur qui ne présente la hyalinisation de ses parois. L'existence d'inégalités de taille entre les noyaux et surtout de monstruosités nucléaires — fait inhabituel dans les gliomes périphériques bénins — fait craindre la malignité, que l'évolution clinique confirmera.

La malade n'avait pas d'autres lésions cutanées et était exempte de tout symptôme de neurofibromatose de Recklinghausen.

Forme papuleuse syphiloïde du molluscum contagiosum, par MM. A. Sézary et M. Bolgert.

Del..., Marie, 53 ans, consulte en novembre pour une éruption papuleuse développée depuis 3 mois sur la partie gauche du cou jusqu'à la nuque. Il y a là, disséminées, une vingtaine de papules rosées, plates, arrondies, d'un diamètre de 4 à 6 millimètres,

nettement infiltrées, non squameuses, non prurigineuses, rappelant certaines papules syphilitiques. Séro-réactions négatives. Deux mois plus tard : quelques éléments sont apparus sur le côté droit du cou, mais surtout, plusieurs anciens éléments se sont modifiés : leur centre s'est déprimé et laisse voir une formation gris perle de *Molluscum contagiosum*. Nous biopsions une papule encore dépourvue de cette modification. Au centre, on note une perte de substance dermo-épidermique à laquelle se trouve reliée, par un pédicule conjonctif infiltré d'histiocytes, une formation typique de *Molluscum*, entourée de fibres collagènes. Tout autour de cette dépression, sur une faible étendue, l'épiderme est épaissi et le derme est infiltré d'assez nombreux histiocytes isolés. Les petits vaisseaux du derme ont des manchons histiocytaires. C'est l'aspect d'un *Molluscum* enkysté et en voie d'éviction.

Il s'agit donc d'une forme encore non décrite, croyons-nous, de molluscum, forme papuleuse syphiloïde, dont le diagnostic, lorsqu'elle est pure, ne peut être fait sans biopsie.

Forme douloureuse de la lipomatose nodulaire symétrique, par MM. A. Sézary et Claude Durand.

Homme de 40 ans, atteint de lipomatose nodulaire symétrique, dont le premier élément est apparu à la nuque en 1925, bientôt suivi par de nombreux autres (une cinquantaine), répartis à peu près exclusivement sur le tronc. Diagnostic facile et vérifié par la biopsie. Fait particulier : un grand nombre de ces nodules, par temps humide, deviennent turgescents et douloureux au point de nécessiter l'alitement ; chaque mouvement éveillant alors des douleurs intolérables, comparées à des décharges électriques. Certains lipomes, sans raison, deviennent aussi douloureux pendant 5 à 10 minutes. Le plus souvent, les douleurs surviennent à l'occasion de mouvements brusques du tronc ou des bras, de la toux et même de la marche accélérée ; elles sont parfois assez vives pour provoquer une syncope ; aussi le malade cherche-t-il à les éviter. Elles sont éveillées par la pression et cessent dès que celle-ci est arrêtée. Elles font défaut dans les lipomes de la nuque, de l'abdomen, des cuisses. Elles sont surtout marquées dans deux zones symétriques partant de l'extrémité interne des deux épines de l'omoplate, contournant le thorax au-dessous des aisselles et descendant vers les épines iliaques antérieures. A noter que le palper des lipomes douloureux permet de percevoir — et seulement dans ceux-ci — de petits nodules durs, inclus dans leur masse et seuls douloureux à la pression. Nous croyons, sans avoir pu le vérifier au microscope, qu'il s'agit là de leiomyome développés dans les lipomes, leiomyomes dont les caractères douloureux bien connus s'identifient avec ceux accusés par notre malade. De toutes façons, il ne saurait s'agir d'adipose douloureuse de Dercum.

Statistique des cas de syphilis récente du Dispensaire Lailler en 1943, par MM. A. Sézary et A. Duruy.

Voici le relevé des cas de syphilis récente (primaire et secondaire) pointés au Dispensaire Lailler de l'hôpital Saint-Louis en 1943 (établi par Mlle Cavalier, assistante sociale) : hommes 315 (contre 303 en 1942) ; femmes 217 (contre 196) ; total 532 (contre 499). Augmentation de 6,6 o/o par rapport à 1942.

Causes des contaminations. *Hommes* : femmes de rencontre 229, amies régulières 41, épouses 16, femmes de maisons 14 (dont un bon nombre controuvé), cause non précisée 15. *Femmes* : hommes de rencontre 93, amis réguliers 78, maris 35, clients de maisons publiques 6, beau-père 1, cause non précisée 4.

En somme, continuation, avec légère accentuation, de la situation alarmante de 1942.

Statistique des maladies vénériennes récentes traitées en 1943 au Dispensaire de la Faculté, par MM. Gougerot et Burnier.

Le nombre des syphilis récentes traitées en 1943 est nettement inférieur à celui de 1942 : 232 hommes et 163 femmes, soit 395, au lieu de 473 en 1942.

Aucun chancre mou n'a été observé (6 en 1942) ; une maladie de Nicolas-Favre.

Chez l'homme, le mode de contamination est le suivant : femmes de rencontre

44 o/o, prostituées de rue 19 o/o, amies 16 o/o, ouvrières, dactylos, domestiques 7 o/o, femmes légitimes 6 o/o, femmes de maison 5 o/o, femmes rencontrées en Allemagne 2 o/o, homme 1 o/o.

Chez la femme : ami 6 o/o, maris 25 o/o, clients de passage chez des prostituées 10 o/o, hommes de rencontre 3 o/o, fiancé 1 o/o.

Dermite paradoxale observée après les traitements de la gale, par MM. F. Coste, L. Marceron et J. Boyer.

Les dermites artificielles dues aux médicaments de la gale, produits soufrés ou benzoate de benzyle, sont très fréquentes et relèvent de deux types courants :

1° précoce, révélant la sensibilité au corps antiscabieux ;

2° retardé, démontrant que la « frotte » elle-même a été l'acte sensibilisateur.

Sauf un cas où elle prit le type d'érythème polymorphe, l'éruption est eczématiforme à tendance extensive, si bien qu'on peut observer des vésicules jusque sur la face et le cou épargnés par l'onction.

Mais nous avons observé une autre forme :

Tantôt sans délai (3 cas), plus souvent au bout de 9 jours (14 cas) il s'agit d'une éruption miliaire, très prurigineuse puis desquamative évoluant en 5 à 6 jours, siégeant *exclusivement* à la face et au cou. Il n'y a strictement aucun élément sur le reste du corps ayant été en contact avec le savon, la pommade ou l'émulsion (produit soufré 16 cas, benzoate de benzyle 2 cas).

Dans quatre cas nous avons posé des tests sur le bras et derrière l'oreille. Ils ont toujours été négatifs, ce qui nous prive de tout moyen d'interpréter cette dermite paradoxale.

L'histamine en dermatologie, par MM. J. Gaté, J. Pellerat, M. Badel et Mlle M. Murat.

Il nous a paru intéressant de reprendre le problème des rapports existant entre l'histamine et différentes dermatoses. Des dosages ont été effectués dans le sang, l'urine et quelquefois dans le liquide des bulles chez 70 malades au moyen de la méthode de Code (1). Nous avons par ailleurs tenu compte de l'effet thérapeutique du 2339 RP dans l'interprétation de nos résultats. Dans l'urticaire, il semble bien démontré que l'histamine intervient fréquemment mais il paraît abusif d'accepter pour toutes les variétés une pathogénie histaminique unique. Dans les dermites artificielles, l'histamine joue un rôle très important. Dans les autres variétés d'eczéma, l'histamine paraît responsable du prurit et de l'œdème. L'histamine paraît jouer un rôle dans le déterminisme de l'éruption zonateuse et la maladie de Duhring-Brocq. Dans la pathogénie des prurits l'histamine intervient très fréquemment aussi bien dans les prurits essentiels que dans les dermatoses prurigineuses.

Indications thérapeutiques des antihistaminiques de synthèse en dermatologie, par MM. J. Gaté, P. Cuilleret et J. Pellerat.

Une expérimentation portant sur plus de 200 cas nous permet de dégager les conclusions suivantes :

1° La posologie du 2339 RP (Antergan) doit être adaptée à chaque cas. La dose quotidienne moyenne de 0 gr. 60 variera suivant la tolérance, le résultat thérapeutique, l'allure évolutive de l'affection. La durée du traitement variera de quelques jours à plusieurs mois.

(1) M. Badel. Contribution à l'étude de l'histamine en dermatologie. *Thèse de doctorat en pharmacie*, Lyon, 1944

2° Indications majeures : l'urticaire alimentaire, l'œdème de Quincke, le prurigo infantile. Action plus inconstante dans les autres variétés d'urticaire. Excellente action dans les dermites artificielles d'origine externe.

3° L'action antiprurigineuse est manifeste sur un grand nombre de dermatoses (prurits essentiels généralisés ou localisés. Prurits post-parasitaires. Prurit accompagnateur de dermatoses variées). Action sur l'éruption et les phénomènes subjectifs du zona. Le 2339 RP constitue un médicament très intéressant pour le dermatologiste.

Le myélogramme dans le mycosis fongoïde, par MM. J. Gadrat, A. Bazex et P. Garric (Toulouse).

Étude portant sur 3 cas. Le premier concerne une érythrodermie mycosique avec polynucléose neutrophile modérée; on note seulement une légère augmentation des promyélocytes. Deuxième cas : mycosis avec tumeurs, éosinophilie sanguine importante; la formule médullaire est caractérisée par un abaissement du rapport érythro-leucocytaire avec légère monocytose et présence anormale d'hémo-histioblastes. Troisième cas actuellement en cours d'observation : tumeurs d'apparition récente après 3 ans de poussées éruptives; le myélogramme ne diffère de la normale que par une augmentation des polynucléaires au détriment des myélocytes, une élévation du taux des monocytes, les mégacaryocytes étant très rares; nous n'avons relevé qu'une faible quantité d'histiocytes du type de ceux décrits par Tzanck, Dreyfus et Lévy. Il ne semble donc pas exister de formule médullaire définie; ceci n'a rien de surprenant puisque nous savions déjà que les modifications hématopoïétiques du mycosis fongoïde échappent à toute règle et que tous les intermédiaires sont possibles entre l'absence totale de modification sanguine et les grands états leucémoïdes décrits par Gougerot et Varay.

Glossodynie rebelle au décours d'un lichen plan buccal, par M. J. Gadrat (Toulouse).

Au cours d'une récidive de lichen plan chez une malade de 59 ans nous avons assisté à l'apparition d'un syndrome glossodynique dont l'existence a survécu à la poussée lichénienne; il s'agit de douleurs presque continues, obsédantes, à type de brûlures, rendant l'alimentation très difficile. La face dorsale de la langue a pris un aspect érosif diffus, les papilles sont turgescentes; la mobilité de l'organe n'est pas diminuée; la sensibilité objective est exaltée; les sensations gustatives ne paraissent pas modifiées. La malade, très éprouvée par son affection, est déprimée, irritable, renfermée. Les thérapeutiques classiques sont demeurées inopérantes : bains de bouche, collutoires, analgésiques divers, soins dentaires, arsénothérapie, radiothérapie. Une tentative d'alcoolisation du lingual est restée sans résultat. L'affection évolue ici sur un terrain névropathique mais les caractères de la douleur plaident en faveur d'une origine sympathique. Les difficultés de l'alimentation, l'insomnie, l'amaigrissement progressif, l'échec de tous les traitements tentés depuis un an conduisent à porter un pronostic réservé.

Papier réactif pour la recherche des sulfamides dans l'urine, par M. Vanhaecke.

L'auteur fait connaître que le papier de pâte de bois du commerce, acidifié (acide citrique à 20 o/o), constitue un réactif simple et rapide des sulfamides urinaires. Une goutte d'urine y détermine une tache jaune d'or plus ou moins intense suivant la concentration. Cette réaction (positive aussi avec la novocaïne, l'acide p.a.benzoïque et le scuroforme rarement présents dans l'urine) est pratiquement spécifique et assez sensible pour déceler l'absorption d'un demi-comprimé

de Thiazomide. Cette technique est applicable surtout en clinique et dans les collectivités (prostituées). Dans les hôpitaux, elle permet de contrôler l'élimination des sulfamides et d'en signaler les anomalies.

Traitement de l'acné furonculeuse par l'antigène méthylique, par M. Et. Lortat-Jacob.

Vingt-quatre malades atteints d'acné furonculeuse ont été traités par l'antigène méthylique à doses répétées et croissantes selon la technique conseillée par Nègre et Boquet.

Tous les malades — sans exception — ont été nettoyés de leur acné indurée, tubéreuse, dès la fin de la première série d'antigène dilué — soit au bout de 2 mois environ. La série d'antigène méthylique pur a ensuite consolidé la guérison.

Bien qu'on ne puisse tirer une preuve étiologique d'un résultat thérapeutique, ce traitement vient confirmer les faits rapportés par Ramel sur la nature tuberculeuse de l'acné tubéreuse. L'acné est vraisemblablement une tuberculose cutanée atténuée, dégradée, c'est la raison pour laquelle le vaccin de Nègre et Boquet agit avec rapidité et électivité.

L'heureuse action du traitement se fait sentir aussi bien chez les malades présentant une cuti-réaction négative que chez ceux qui ont une cuti-réaction positive.

Au bout d'un an, certains malades ont refait une poussée d'acné qui a été arrêtée par une nouvelle série d'antigène méthylique.

Cette méthode doit supplanter dans le traitement de l'acné furonculeuse les préparations soufrées.

Le Secrétaire de séance :
Marcel Ducourtioux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1944

Présidence de M. R.-J. Weissenbach

SOMMAIRE

NÉCROLOGIE

Jean Bralez.

Notre collègue Jean Bralez vient d'être emporté à l'âge de 56 ans après une courte maladie. Né à Lyon, d'une vieille famille de Franche-Comté, il avait commencé ses études médicales à Besançon et était venu les terminer à Paris. En 1910, dans le service de Gaillard, dont il était l'externe, il contracte par piqûre anatomique une infection grave, qui l'oblige, jusqu'en 1914, à un long repos sur la Côte d'Azur, infection dont il gardera, toute sa vie, une importante albuminurie, qui sera le motif de sa réforme et la cause du refus, opposé au cours de la guerre 1914-1918, à ses cinq demandes d'engagement volontaire. Pendant ces quatre années de guerre il fait fonction d'interne à Saint-Louis dans le service de mon maître le Professeur Gaucher, dont il avait été l'externe, en même temps qu'il assure son service d'interne titulaire à Saint-Lazare, dans le service de Bizard. En 1920, il est nommé médecin du dispensaire de salubrité de la Préfecture de Police et devient en 1921 l'assistant à l'Hôpital Saint-Lazare de notre vice-président Clément Simon. Il est, en outre, nommé en 1927, médecin adjoint du Centre prophylactique de l'Hôpital Saint-Denis. Bralez était, avant tout, vénéréologue. Il a publié, avant sa thèse, diverses études avec le Professeur Gaucher et Bizard, sur la blennorragie en milieu militaire, les chancres indurés atypiques, les syphilides zoniformes. En 1919, il consacra sa thèse, intitulée « Vitiligo et syphilis » à l'étude du rôle de la syphilis dans l'étiologie du vitiligo. C'est une excellente revue générale et étude critique de la question, avec l'appoint d'observations personnelles. Il conclut que la syphilis peut être à l'origine de deux variétés de vitiligo, soit la forme parcellaire ou circonscrite, soit la forme diffuse à tendance généralisée. Cette dernière serait même presque toujours sous la dépendance de la syphilis tantôt acquise tantôt héréditaire par l'intermédiaire d'une méningite chronique, d'ordinaire latente, lésant les racines rachidiennes et provoquant, par cet intermédiaire, le trouble neurotrophique pigmentaire. Ainsi, il faisait sienne, l'opinion à laquelle avait abouti Touraine, dans un important travail paru peu avant. Son nom restera associé à celui de Clément Simon dans la découverte et l'étude de l'ulcère simple chronique de la vulve, de l'adénopathie pelvienne du chancre syphilitique génital de la femme, de la stomatite arsenicale, de la cervico-vaginite bismuthique, des végétations myrtiformes. Dans la *Nouvelle Pratique Dermatologique* il a rédigé

d'excellente manière les chapitres de dermatologie topographique concernant les organes génitaux externes de la femme.

Notre Société perd en Bralez un membre fidèle et assidu dont nous appréciions, tous, l'affabilité et la courtoisie. J'adresse à sa mère, Mme Bralez, qui voit disparaître avec lui son troisième et dernier enfant, l'expression de nos douloureuses condoléances.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Le rôle de l'histamine dans les érythèmes de la face, par MM. A. Desaux et Prétet.

En 1939, nous avons dosé les substances histaminiques du sérum d'une vingtaine de malades « sur l'intestin isolé de cobaye en Tyrode » et constaté la richesse, en substances histaminiques, du sérum de certaines femmes, ayant dépassé la quarantaine, nerveuses et à menstruation plus ou moins troublée, intoxiquées digestives et insuffisantes hépatiques, atteintes d'érythème de la face, prurigineux et plus ou moins œdémateux, suivi de desquamation et récidivant. Dans ces cas, à l'histaminémie peut s'associer une *porphyrinurie* importante.

Sur ce fond d'érythème facial, d'origine histaminique, se développent parfois des *éruptions récidivantes de papules d'urticaire, de papulo-vésiculettes ou pustulettes miliaires* ou *d'acné rosacée*, — que nous considérons, après de multiples épreuves biologiques, comme des réactions allergiques localisées aux follicules (particulièrement prédisposés au processus de sensibilisation) et dont l'apparition est favorisée par l'inondation réitérée histaminique de la face.

Recherche de l'action de l'histamine au cours de la maladie de Duhring-Brocq, par M. A. Desaux.

Les auteurs lyonnais signalent une élévation constante et importante de l'histaminémie dans la maladie de Dühring-Brocq ; ils notent l'action antiprurigineuse du 2339 RP.

a) Incontestablement, ce médicament réduit le prurit, l'ampleur et la fréquence des poussées éruptives. Par ailleurs, l'histaminothérapie intradermique à faibles doses nous a semblé exercer une action thérapeutique favorable.

b) En nous inspirant des résultats de nos recherches (*Soc. fr. derm.*, octobre 1942) et en injectant dans le derme un mélange, pH 8,8, contenant par centimètre cube 1/8 milligramme de Bich. histamine et 4 centigrammes de monochlor. d'histidine, nous avons pu, chez le sujet atteint de dermatite polymorphe douloureuse : mettre en évidence la sensibilité à l'histamine, surprendre des variations de cette sensibilité laquelle diminue au moment de la rémission des poussées éruptives, provoquer enfin avec une extrême facilité, à la dose de 1/10 de centimètre cube, une réaction érythémato-œdémato-bulleuse prurigineuse et cuisante comparable à l'élément qui caractérise la dermatose.

c) Ajoutons que Gaté et ses collaborateurs ont décelé l'histamine dans la bulle de la dermatite polymorphe douloureuse.

Conclusions concernant le rôle de l'histamine dans la maladie de Duhring-Brocq, par M. A. Desaux.

Toutes les constatations, résumées dans la communicatoin précédente, permettent de conclure au rôle pathogénique, dans la dermatite polymorphe douloureuse, de l'histamine qu'on peut tenir comme responsable de la vaso-dilatation, de l'exosérose, du soulèvement bulleux, du prurit ou de la cuisson et peut-être de l'éosinophilie tissulaire (que sont capables de réaliser les injections répétées intradermiques d'histamine).

Le soulèvement bulleux que provoque l'injection d'histamine paraît être fonction de la *qualité du terrain* : chez le même malade, la même dose (mélange histidine histamine pH 8,8) injectée dans le derme produit une réaction bulleuse plus

ou moins intense, suivant le lieu de l'injection (plus marquée dans les zones d'élection de l'éruption cutanée), suivant les moments (bulle réduite au moment des rémissions éruptives). L'acantholyse, mise en évidence par l'histologie ou le procédé de Gougerot-Blum, joue évidemment un rôle important, et, à côté d'elle, le pH tissulaire, l'excès d'histidine, puisque la solution de bich. d'histamine pH 8,2 ne produit pas la bulle.

L'histamine nous paraît donc être, dans certaines conditions, un des intermédiaires chimiques entre la réaction cutanée de la dermatite polymorphe douloureuse et l'agent pathogène hypothétique, suivant les auteurs soit choc allergique, soit ultra-virus.

De l'intervention de l'histamine, on ne peut pas conclure à l'existence évidente d'un processus de sensibilisation, puisque, dans une autre maladie à ultra-virus, le zona, Gaté et ses collaborateurs retrouvent l'histaminémie et constatent, comme Parrot, l'efficacité thérapeutique du 2339 RP sur les phénomènes fonctionnels et sur l'éruption.

PRÉSENTATION DE MALADES

Un aspect d'acné pustuleuse et rosacée banale cache une tuberculose, par MM. Hudelo, H. Gougerot et B. Duperrat.

La malade 142.470, âgée de 52 ans, a depuis 35 ans un lupus érythémateux fixe typique du bout du nez (atrophie cicatricielle centrale et bordure d'érythème avec hyperkératose ponctuée) qui lui laisse un bon état général.

Depuis 18 mois elle a sur la figure des lésions de petites pustules rosacées, squameuses, durant de 15 à 60 jours, disparaissant spontanément quand elle va à la campagne, et qui ont l'aspect banal d'acné pustuleuse et rosacée vulgaire ; aucun nodule lupoïde et c'est seulement parce qu'elle a un lupus érythémateux que l'on fait la biopsie et que l'on trouve les lésions de « tuberculides » dit de « lupus folliculaire ».

Il existe, centré par un ostium folliculaire, un infiltrat homogène et parfaitement limité, ovalaire à grand axe horizontal, fait de cellules épithélioïdes, avec au centre, des cellules géantes sans tendance à la caséification. Au pourtour de cet infiltrat épithélioïde, on voit quelques plages arrondies de lymphocytes, qui n'affectent aucune systématisation.

L'examen cytologique et bactériologique des pustulettes confirme : c'est un pus cytolisé sans bactéries sur lames et stérile sur les milieux ordinaires.

M. L. Hudelo. — J'insiste sur ce fait qu'à la première visite que me fit la malade, l'aspect était celui d'acné chronique avec couperose, et d'ailleurs une semaine d'applications soufrées modifia l'éruption, dont les papules s'affaissèrent. J'avais toutefois de sérieux doutes sur la nature acnéique des lésions et je pensais plutôt à une forme de *lupoïdes* ou de *pseudo-lupoïdes*; je l'ai alors adressée à M. Duperrat, chef de laboratoire de notre ami Gougerot, et le diagnostic de tuberculide a été affirmé.

M. Milian. — Il y a une vingtaine d'années, j'ai montré à la Société des faits d'acné papuleuse couperosique où la vitro-pression montrait de fines taches de la dimension d'une petite tête d'épingle un peu jaunâtres. L'examen histologique y montrait de petits follicules à structure tuberculeuse et je concluais à la nature tuberculeuse de cette affection.

Buckydermite, par MM. H. Gougerot et R. Giraudeau.

Il est important de signaler que, contrairement à l'opinion courante, les rayons de Bucky peuvent occasionner des dermites chroniques analogues aux radiodermites des rayons X.

La malade n° 136.063, 38 ans, a un large nævus vasculaire plan de la face latérale gauche du cou mesurant 120 millimètres × 90 millimètres. Ce nævus reçoit du

31 octobre 1941 au 3 juillet 1942 sept applications de rayons de Bucky de 1.500 r chacune, à la tension de 12 kilovolts, et une application de 1.000 r le 27 juillet 1942 le centre étant préservé, totalisant ainsi 10.500 r. Ces applications ont eu lieu en deux champs, ce qui rend une superposition de doses centrales possible. La première et l'avant-dernière séance ont seules donné lieu à une réaction. A la fin du traitement le blanchiment est remarquable et la malade assure qu'il ne restait presque aucun point rouge. Mais peu à peu se développent de petites taches angiomateuses de 2 à 4 millimètres qui sont soit des récidives de l'angiome primitif soit des télangiectasies de buckydermite. Au centre apparaît un état squameux, légèrement infiltré, s'accompagnant de prurit rappelant exactement l'aspect d'un placard de radiodermite mais sans pigmentation. Les fins duvets naturels ont disparu.

Infantilisme lépreux, par MM. Ch. Flandin, R. Montel et Basset.

De S... Marie, 18 ans. Née en France de père et mère portugais. Lèpre cutanée (C3) tubéreuse, généralisée, contractée probablement au Portugal pendant un séjour qu'elle y fit de 2 à 5 ans. Bacilles de Hansen présents dans le mucus nasal et dans une biopsie de léprome. Aspect général somatique d'une fillette de 11 à 12 ans : taille 1 m. 33, poids 30 kg. 800, tête volumineuse par rapport au corps, thorax cylindrique, ventre proéminent. Seins : aucun développement. Le bassin n'est pas développé en largeur. Le tissu adipeux sous-cutané, abondant, donne au corps un aspect fondu, infantile. Aucun relief musculaire n'est marqué, les membres sont fuselés comme ceux des enfants. Jamais réglée. Aisselles complètement glabres, pubis glabre ; sur le capuchon clitoridien et les grandes lèvres les poils sont un peu plus abontants sans atteindre la pilosité normale d'une fille de 18 ans. Organes génitaux d'une fillette de 10 à 11 ans. Larynx infantile. Dentition bien développée. Cartilages de conjugaison non ossifiés. Psychisme un peu instable mais en rapport avec son âge réel. Bacillemie : positive. Wassermann, Kahn, Hecht : positifs (négatifs chez sa mère).

En somme infantilisme lépreux qui n'est ni de type Lorrain ni dépendant de lésions endocriniennes décelables. C'est un arrêt de croissance datant de la période prépubertaire et qui a coïncidé avec le développement de la généralisation lépreuse.

Anétodermie urticarienne type Pellizzari ; lichen buccal ; rétinite dégénérative en bouquets, par MM. A. Touraine et G. Renard.

Suite de l'observation publiée, ici, le 9 octobre 1941, p. 602.

Sous l'action d'un traitement bismuthique régulier, les poussées d'urticaire atrophiante se sont espacées puis ont disparu depuis un an. Les plaques d'atrophie sont restées stationnaires.

Depuis août 1943, lichen plan typique et intense du dos de la langue, de la face interne des joues, sans autre localisation, notamment sur la muqueuse gastrique (examen de M. Moutier).

Les troubles de la vue (scotome central en 1941 par petite tache blanche sur la macula), d'abord légers, se sont renforcés depuis novembre 1943. Examen actuel : œil gauche normal, vision 10/10 ; œil droit : lésions discrètes qui ont l'aspect d'une dégénérescence par petits points arrondis, suspendus en grappe à l'extrémité des capillaires. On voit deux de ces bouquets (l'un de 4, l'autre de 7 éléments) dans la région paramaculaire. Les éléments ont l'aspect des petits foyers dégénératifs que l'on voit souvent à la suite d'altérations vasculaires ; mais il n'existe ici aucun signe d'atteinte des vaisseaux rétiniens ; aucun caractère en faveur de lésions syphilitiques.

Sébocystomatose, par MM. A. Touraine, Solente et J. Meunier.

♂, 58 ans. Début dans la première enfance, sans extension depuis. Plus de deux cents kystes sébacés, d'une tête d'épingle à une cerise, superficiels ou intra-dermiques, à contenu pâteux, homogène, blanc, sans odeur et gras. Confluents sur le cuir chevelu atteint d'alopécie séborrhéique au vertex (plusieurs ont suppuré et ont été incisés), sur le front (glabelle, sourcils), sous les yeux (simple séborrhée sur les régions centrofaciales), la région sternale et surtout la gouttière vertébrale, la région lombo-sacrée (où sont les plus volumineux). Plus espacés sous les clavicules, les flancs (disposition zoniforme), le scrotum. Membres indemnes. Nombreux et très petits sur les aréoles des deux seins. Un nævus pigmentaire près de la tête de chaque clavicule. Deux mollusca pendula (côté droit du cou ; entre les omoplates). Pas de tannes. Sujet robuste, sans passé pathologique, sauf une énurésie nocturne transitoire vers 9 ans. Examen

viscéral négatif. État neuro-psychique normal. Léger éthylisme, foie un peu gros et dur.

Le *père* aurait présenté exactement les mêmes kystes. Pas d'autre antécédent familial ; est fils unique.

Cette génodermatose s'est donc transmise en dominance comme d'ailleurs dans presque toutes les observations familiales antérieures.

Epiloïa (sclérose tubéreuse de Bourneville) à manifestations cutanées, nerveuses, psychiques, rétiniennes, associée à une angiomatose et peut-être à une maladie de Recklinghausen, par MM. R. Degos et J. Lereboullet.

J. L., 34 ans, présente un tableau très complet de cette dysplasie neuro-ectodermique congénitale : « *adénomes sébacés symétriques* de la face » (type Pringle), qui en sont la manifestation cutanée primordiale, innombrables *molluscum pendulum*, plaques « *peau de chagrin* », fibromatose sous-ungéale (« *tumeurs de Kœnen* ») (photos Hôp. St-Louis n° 26-972... et 986... et 27-7) ; *crises comitiales* datant de l'âge de 7 ans ; *déficit intellectuel* ; *calcifications intracraniennes*, centrales et corticales très nombreuses (stéréoradiographies) ; *phacomatose rétinienne* bilatérale.

Association de *tumeurs angiomateuses* dermo-hypodermiques volumineuses avec *ostéo-hypertrophie* (membre supérieur gauche). Large tache pigmentaire et fibromes sous-cutanés (neuro-fibromes) évoquant la maladie de Recklinghausen. Sérologie négative.

Père ayant eu des convulsions jusqu'à l'âge de 5 ans, est porteur de nombreux nævi, angiomes, et molluscum pendulum. Une sœur a un angiome plan très étendu.

Epiloïa (sclérose tubéreuse de Bourneville) cutanée et nerveuse chez quatre membres de la même famille, par MM. R. Degos et O. Delzant.

Cette épiloïa familiale a été découverte à l'occasion de l'examen du troisième enfant : fille traitée pour des « petits angiomes de la face et des verrues planes » et qui étaient en réalité des « adénomes sébacés symétriques » les uns blancs (type Balzer), la plupart rouges (type Pringle).

Mme G. (adénomes type Pringle)

♀ (adénomes Pringle morte tuberculeuse) — ♂ — ♀ (adénomes Pringle) — F. C. F. C. — ♀ (épileptique).

La dernière fille, atteinte d'épilepsie depuis l'âge de 8 ans, avait été opérée d'arachnoïdite opto-chiasmatique avec kyste séreux (1). Les radiographies craniennes avaient montré une calcification intracranienne paraventriculaire (ventriculogrammes). Psychisme normal. Le contexte familial permet, avec toute probabilité, de rapporter rétrospectivement à une sclérose tubéreuse de Bourneville les manifestations nerveuses de cette malade. Sérologies négatives.

Epiloïa (sclérose tubéreuse de Bourneville) cutanéo-muqueuse, par MM. R. Degos et P. Hennion.

Forme très fruste d'épiloïa cutanéo-muqueuse découverte à l'occasion d'un examen stomatologique. Les *muqueuses gingivales* sont hérissées de petits éléments saillants et arrondis, de la taille d'une grosse tête d'épingle, serrés les uns contre les autres, blancs et durs (Moulage Musée Hôp. St-Louis n° 3.568). Sur la face, « *adénomes sébacés symétriques* », peu nombreux et blancs (type Balzer) (photo Hôp. St-Louis nos 26-536). Confirmation histologique. Association de nævi tubéreux et de « kystes synoviaux » importants des poignets. Aucune manifestation neuro-psychique. Fond d'œil normal. Sérologie négative.

Mère sujette depuis de nombreuses années à des *équivalents épileptiques* : crises d'absence fugaces avec amnésie complète et mousse aux lèvres.

(1) Nous remercions très vivement P. Puech de nous avoir communiqué l'observation et le compte rendu opératoire de cette malade suivie dans son service de Ste-Anne.

Deux cas d'épiloïa (sclérose tubéreuse de Bourneville) sans caractère familial, par MM. R. Degos et J. Delort.

R. S., 12 ans, nous a été adressé pour des lésions de la face ayant fait penser à une « acné barbiturique », l'enfant prenant 25 centigrammes de gardénal par jour. Ces lésions sont des « *adénomes sébacés symétriques* », la plupart rouges et télangiectasiques (type Pringle) (photo Hôp. St-Louis, n° 26-471). Nævi tubéreux blancs sur le tronc ; plaques « *peau de chagrin* » sur les lombes. Depuis l'âge de 6 mois se répètent des *crises d'épilepsie*. Psychisme normal (violentes colères). Sérologie négative. Parents d'apparence normale.

A. R., 9 ans, présente des « *adénomes sébacés symétriques* de la face » type Pringle (photo Hôp. St-Louis, n° 26-995), et de très belles *tumeurs ungéales de Kœnen* (photo *id.*). Taches de vitiligo sur le front et les lombes ; nævi tubéreux. Depuis l'âge de 7 mois l'enfant est sujet à des *crises d'épilepsie* (crises convulsives et équivalents). *Gros retard intellectuel* : ne sait ni lire ni écrire. Les radiographies craniennes et le fond d'œil ne montrent aucune anomalie notable. Il existe une certaine dystrophie cranienne et une atrophie testiculaire. Réactions sérologiques négatives. Parents d'apparence normale.

Aspect clinique de lichen nitidus, aspect histologique de lichen plan, par M. R. Degos et Mlle S. Dobkévitch.

Lésions de l'extrémité du fourreau de la verge, constituée par une vingtaine de petites papules, serrées les unes contre les autres, l'ensemble recouvrant une surface de 30 millimètres × 20 millimètres. Ces papules miliaires, de la taille d'une petite tête d'épingle, sont rose très pâle, ou de la couleur de la peau normale, lisses, brillantes, très peu prurigineuses. Ce sont là les caractères cliniques du lichen nitidus (Pinkus), et le fourreau de la verge en est une des localisations électives. Le début remonte à un mois. Il n'y a pas d'autres lésions cutanées, pas de lésions buccales.

L'aspect histologique est celui d'une papule de lichen plan typique.

Ce cas est en accord avec l'opinion de Civatte, qui fait du *lichen nitidus* une forme du lichen plan.

Gérodermie acquise de l'adulte avec déglabration et sans dystrophie génitale, par MM. H. Jausion, Et. Nicolas et G. Carlier.

Un arabe de 55 ans, en France depuis 1914, est atteint en 1937 d'une conjonctivite, qui laisse sur l'œil droit une taie cicatricielle. La syphilis n'est pas en cause. En 1939, débute brusquement une atrophie sénile de la peau, avec déglabration généralisée, mais incomplète. En dépit d'une frigidité marquée, les organes génitaux sont anatomiquement normaux. Le tégument profondément ridé, prurigineux, et desquamulant, témoigne d'une atrophie du tissu élastique, dont le refus de toute biopsie interdit la vérification. Simultanément s'est installée une myasthénie pseudo-paralytique très fruste, qui rend la marche impossible sans le secours de béquilles. Toute hormonothérapie a été vaine.

Ce syndrome neuro-cutané ne saurait être identifié, bien qu'il les évoque, ni à la *Progeria de Gilford*, ou *nanisme sénile de Variot et Pironneau*, ni à la *gérodermie génito-dystrophique de Rummo et Ferrannini*, ou *peau ridée sénile congénitale, de Variot et Cailliau*. Il pourrait s'agir d'une toxinevrodermie Bien que le patient ait exercé, pendant 23 ans, et jusqu'à ces accidents, la profession de mélangeur de caoutchouc, il ne témoigne d'aucune sensibilité, ni cutanée, ni hématique, vis-à-vis des polyprènes naturels, ni de leurs solvants, ou de leurs produits d'addition.

Lichen spinulosus et tuberculose, par MM. Jausion, Cailliau et Calop.

Un campagnard de 63 ans, atteint à 20 ans d'abcès froid costal droit, voit apparaître, il y a trois mois, quatre placards diffus de kératose folliculaire acuminée, à cônes noirs et rapeux. Trois de ces placards sont de siège classique : fesse et sommet du sillon interfessier, régions para-vertébrale et sus-épineuse droites ; un quatrième, sous-mammaire, en demi-lune, épouse le contour de la cicatrice invaginée d'abcès froid. Deux biopsies montrent des infundibula, extrêmement ectasiés, et obturés par un bouchon de kératine, fait de lamelles cornées. En dépit de manchons inflammatoires périfolliculaires, nulle structure tuberculoïde n'indique le *Lichen scrofulosorum*. Il

s'agit de l'*acné cornée* de Vidal et Leloir, ou *Lichen spinulosus* de Radcliffe Crocker, Colcott Fox et Adamson. Cuti-réaction tuberculinique et intradermo-réaction tuberculo-glucidique, témoignent d'une positivité intense et durable. Il s'agit donc pour le moins de *Lichen spinulosus* sur terrain bacillaire.

Ce fait confirme la thèse de Darier, adoptée par Ravaut, Basch, Pautrier, etc., d'un spinulosisme, réaction individuelle à maints réactogènes. On sait qu'en 1935, Romanowa, de Cracovie, allait même jusqu'à assigner au *lichen spinulosus*, entité morbide, une étiologie spécifiquement tuberculeuse.

Un nouveau cas de nævo-carcinome traité par le radium : guérison apparente, par M. Emile Wallon.

Contrairement à l'opinion courante le nævo-carcinome est radio-sensible.

Le cas présenté a été traité par radium-puncture.

Les aiguilles ont été introduites avec une pince diathermique pour éviter tout risque de dissémination cellulaire. L'irradiation a été étalée sur 7 jours et a utilisé un rayonnement filtré sur o mm. 5 de platine.

Émile Wallon a utilisé deux fois la curie thérapie sur des nævo-carcinomes récidivés après diathermo-coagulation et deux fois les résultats ont été favorables.

Ces succès l'incitent à généraliser cette méthode qui donne une cicatrice plus belle et une guérison plus sûre.

Anneau scléreux du prépuce, lichen plan lingual. Dermatose mixte scléro-lichénienne, par M. P. de Graciansky (présenté par H. Gougerot).

Tro...., 64 ans a une bande scléroatrophique faisant le tour du prépuce à sa partie moyenne. C'est à une *sclérodermie annulaire* que fait d'abord penser cette lésion, développée insidieusement depuis 1939 sans balanite, sans inflammation antérieure La peau y est ivoirine, lisse, d'une consistance dure ; en bordure de la bande elle prend une teinte liliacée.

Mais le malade a en outre à la langue, depuis août 1943 un réseau opalin typique de *lichen plan* à son début. Est-ce une détermination muqueuse de la sclérodermie ? Ou bien au contraire la lésion préputiale doit-elle rapportée à un lichen plan dans sa variété atrophique ? Ou encore s'agit-il d'une dermatose complexe *scléro-lichénienne* ? Quant à la maladie de Stühmer, elle peut être éliminée par l'absence de balanite dans les antécédents et par l'intégrité du méat.

Ce malade illustre l'importance de la sclérodermie génitale ainsi que la possibilité de cas mixtes qu'éclaircit la notion des complexes sur laquelle insiste le Professeur H. Gougerot.

COMMUNICATIONS

A propos du myélogramme dans le mycosis fongoïde. Pas de formule spécifique, par MM. H. Gougerot et André Paraf.

Le myélogramme a été étudié dans trois cas récents de mycosis fongoïde : chez la malade n° 137.383 la numération globulaire donne : Globules Rouges, 2.300.000 ; Globules Blancs, 12.500, formule normale ; le myélogramme montre une diminution du nombre des érythroblastes (5,4 o/o), une légère augmentation histiocytaire et plasmocytaire mais dans l'ensemble rien de spécifique.

Après un traitement radiothérapique pratiqué sur tout le corps par champs séparés, un myélogramme fait à la fin du traitement ne montre pas de modifications notables.

Les deux autres mycosis s'accompagnent d'une formule sanguine de leucémie lymphoïde.

— Le n° 141.422, avec leucocytose variant de 97.000 à 46.000, avec une lymphocytose allant de 70 à 90 o/o. Le myélogramme montre 79,5 o/o de lymphocytes.

— Le n° 141.625 a une leucocytose variant entre 40 et 70.000, avec une lymphocytose oscillante entre 75 et 84 o/o. Le myélogramme montre 52,2 o/o de lymphocytes. Après traitement radiothérapique, la leucocytose sanguine s'abaisse à 9.500, la lymphocytose se maintient à 60 o/o Le myélogramme montre 35,5 o/o de lymphocytes.

En résumé : I. le myélogramme du mycosis fongoïde montre une légère augmentation histiocytaire et plasmocytaire, mais rien de spécifique, en particulier, nous n'avons pas retrouvé les histiocytes spéciaux signalés par Tzanck, Dreyfus et Léwi (*Le Sang*, t. **12**, 1938, p. 518) comme propres au mycosis. Même constatation avait été faite par Lapiere et de Weerdt (*Le Sang*, t. **13**, 1939, p. 393) sur une étude de 11 cas).

II. La radiothérapie ne semble avoir apporté que des modifications insignifiantes de la cytologie médullaire.

Apoplexie séreuse enrayée et guérie par le traitement mercuriel, par MM. Milian et Karatchentzeff.

Voici très raccourcie une observation qui sera probablement féconde pour l'avenir des malheureux qui tombent en apoplexie séreuse.

Une femme de 30 ans présente une roséole intense pour laquelle elle reçoit 30-60 et 90 de 914 à trois jours d'intervalle. A chaque injection sa roséole redouble et même s'étend entre les taches de roséole sous forme de vastes palques érythémateuses. Deux jours après l'injection de 90, elle vient à l'Institut Alfred Fournier amenée par son mari, égarée, confuse, répond de travers aux questions qu'on lui pose et se plaignant d'un mal de tête violent comme dans l'apoplexie séreuse. D'ailleurs se levant de la chaise où elle était assise elle fut précipitée violemment sur le sol la face contre terre et il se déclara une crise d'épilepsie typique avec ses deux phases toniques et cloniques qui dura deux ou trois minutes avec hémorragie abondante par la plaie du nez.

On lui fit immédiatement une piqûre d'*huile grise à huit Centy.* Je la revis un quart d'heure après cette piqûre : au lieu d'être abêtie comme il arrive après une attaque d'épilepsie, elle avait retrouvé ses esprits, sa lucidité, sa céphalée avait disparu. Guérison immédiate par le traitement, d'accidents syphilitiques, ainsi que j'en ai rapporté de fréquents exemples.

La suite fut démonstrative de l'action du mercure, car la malade retourna chez elle avec son mari et resta guérie de cette apoplexie séreuse débutante.

Elle revint nous voir deux jours après, absolument normale, n'ayant eu aucune suite de cet accident. La roséole qui se réactivait à chaque injection de 914 avait disparu à peu près entièrement.

Il nous paraît donc que le biotropisme direct arsenical joue un rôle considérable dans la production de l'apoplexie séreuse et que parallèlement au traitement par l'adrénaline un traitement mercuriel actif doit être immédiatement institué.

Statistiques des maladies vénériennes au Dispensaire de l'Institut Alfred Fournier, Service du Docteur Milian, par MM. Milian et Karatchentzeff.

		1942	1943	o/o
1. Syphilis primaire	Hommes	6	12	+ 100 o/o
	Femmes	4	2	— 50 o/o
	Total	10	14	+ 40 o/o
2. Syphilis secondaire	Hommes	0	4	+ 400 o/o
	Femmes	6	12	+ 100 o/o
	Total	6	16	+ 166 o/o
	Total général	**16**	**30**	+ **99 0/0**
3. Blennorragie	Hommes	4	2	— 50 o/o
	Femmes	3	0	— 300 o/o
	Total	7	2	— 250 o/o

Ces chiffres font ressortir pour la syphilis une augmentation du double pour 1943 par rapport à 1942.

Le petit nombre de blennorragiques est dû au fonctionnement d'un service spécial.

Echec de la médication conjuguée novarséno-mercurielle dans un cas de syphilis récente, par M. A. Sézary.

T..., 40 ans, alcoolique. Chancre induré le 25 décembre 1942, séro-réactions faiblement positives le 9 janvier. Reçoit du 13 janvier au 13 mars, 6 gr. 75 de novar en 10 injections dont 5 de 90 centigrammes et pendant le premier mois 1 centigramme de cyanure Hg chaque jour sans novar. Chancre guéri normalement, mais le 13 mars, éruption papuleuse génitale puis faciale. Le bismuth, d'abord seul, puis avec novar, guérit rapidement ces lésions.

Il s'agit d'un type spécial de résistance : le traitement (ici novarséno-mercuriel) agit sur le chancre, mais n'empêche pas les lésions secondaires ; un autre traitement (bi) a été ensuite efficace. Dans d'autres cas (voir *Bulletins*, 1933, p. 1471), c'est le bismuth qui est inefficace, puis le novar efficace. On ne saurait affirmer qu'il s'agit de syphilis spécifiquement résistantes vis-à-vis de l'une ou l'autre médication. On peut admettre que la syphilis, d'abord sensible à la médication employée *quelle qu'elle soit* (action sur le chancre), s'accoutume ensuite à cette médication et ne peut plus bénéficier, au moins temporairement, que d'une autre thérapeutique.

Les réactions de la radiothérapie de contact, par MM. P. Cottenot et A. Liquier.

La radiothérapie de contact permet de faire absorber par la peau des doses considérables de radiations. Nous avons étudié son action sur la peau normale sur des champs de 2 centimètres de diamètre, avec des doses de 1.800 à 10.850 r sans filtre, de 675 à 3.400 r avec filtre de 1 millimètre et de 350 à 1.400 r avec filtre de 2 mm. 5 d'aluminium.

A partir d'une certaine dose (1.860 r sans filtre) on observe une réaction précoce consistant en érythème d'abord diffus, puis localisé bientôt accompagné d'œdème limité au champ irradié. Cette réaction commence 5 à 6 minutes après l'irradiation, elle a son maximum après un quart d'heure et elle a complètement disparu une heure après. Nous avons vérifié que cette réaction est bien due aux rayons X et non à la pression du tube ou au rayonnement lumineux émis par lui. Une réaction tardive consistant en éryhème suivi de pigmentation ou de desquamation est identique à celle de la radiothérapie ordinaire, mais la réaction précoce de ces très grosses doses données en une minute est très particulière.

Traitement des épithéliomas cutanés par la radiothérapie de contact, par MM. P. Cottenot et A. Liquier.

Nous vous présentons notre statistique de petits épithéliomas cutanés traités en une année par la radiothérapie de contact. Tous ont été biopsiés, tous étaient des baso-cellulaires. Nous avons au début employé des techniques variées, avec des doses fractionnées, avec et sans filtre, mais nous sommes bientôt arrivés à une technique standard qui consiste à donner en une seule application de 1 minute une dose de 10.850 r sans filtre.

Sur 45 épithéliomas traités avec un recul suffisant, 43 sont guéris, 2 ont résisté à des doses insuffisantes et devront être repris. La guérison est obtenue dans un délai de 45 à 60 jours et les photographies que nous vous présentons montrent que les cicatrices sont très satisfaisantes.

Encéphalopathie arsenicale et hérédité psychopathique, par M. A. Touraine.

L'observation de mort par encéphalopathie arsenicale que j'ai publiée avec MM. Cheramy et Hadengue le 9 décembre 1943 doit être complétée par l'enquête familiale suivante.

Antécédents de la malade. — Age : 25 ans à la mort. Caractère très irrégulier depuis l'enfance. Psychose maniaco-dépressive, avec périodes tantôt « de bête traquée », tantôt « d'agitation insupportable ». Prostituée depuis l'âge de 16 ans. Fréquentes menaces et deux essais de suicide. En 1937, internement de deux mois à Ste-Anne et de cinq mois dans un asile de Morlaix. Peu intelligente ; culture très médiocre.

Antécédents familiaux. — Un *frère* de 32 ans, hypomaniaque, emporté, avec grandes crises de colère. Une *sœur*, morte à 23 ans, en 1928, en deux jours d' « un transport au cerveau » de cause inconnue ; psychose maniaco-dépressive ; longues périodes de mélancolie ; arriération mentale

Le *père*, mort à 63 ans, presque subitement de « méningite » (?), a un *frère*, âgé de 50 ans, imbécile depuis l'enfance, incapable d'aucune activité psychique, puis un frère et deux sœurs normales ; celles-ci ont 2 et 3 enfants normaux.

Sans doute, une telle lourde prédisposition psychopathique héréditaire a-t-elle joué un rôle important dans la localisation sur le système nerveux de l'intoxication arsenicale et dans la genèse de l'encéphalopathie.

Statistique des cas de syphilis primo-secondaire observés en 1943 au Dispensaire anti-vénérien de l'Hôpital Boucicaut, par MM. R.-J. Weissenbach, Le Baron, Bouwens et Mlle Tourneville (1).

Nous présentons suivant le plan habituel le relevé des cas de syphilis primo-secondaire découverts en 1943 au Dispensaire antivénérien de l'Hôpital Boucicaut. Le chiffre total est de 58 cas qui se répartissent ainsi qu'il suit selon les périodes de maladie (syphilis primaire, puis syphilis secondaire) et le sexe des malades :

			Total
Hommes	13	14	27
Femmes	6	25	31
Total	19	39	58

En ce qui concerne l'origine des contaminations, d'après les déclarations des malades, nous notons :

1° Contamination d'hommes par : prostituées de maison : 3 ; prostituées de rue : 11 ; femmes de rencontre : 5 ; amies régulières : 6 ; épouses : 2.

2° Contamination de femmes par : maris : 5 ; amis réguliers : 17 ; hommes de rencontre : 9 ; risque professionnel : 0.

Statistique des cas nouveaux de syphilis primo-secondaire observés en 1943 au Dispensaire de Beurmann, par MM. R.-J. Weissenbach, Le Baron, Bouwens et Mlle Tourneville (2).

Nous présentons suivant le plan habituel le relevé des cas de syphilis primo-secondaire découverts en 1943 au dispensaire annexé à notre service de l'Hôpital Saint-Louis. Le chiffre total de 371 cas est sensiblement le même que celui de 1942 où nous avions dépisté 369 cas. Ces 371 cas se répartissent ainsi qu'il suit selon les périodes de la maladie (syphilis primaire, puis syphilis secondaire) et le sexe des malades :

			Total
Hommes	152	52	204
Femmes	80	87	167
Total	232	139	371

En ce qui concerne l'origine des contaminations, d'après les déclarations des malades, nous notons :

1° Contamination d'hommes par : prostituées de maison : 6 ; prostituées de rue : 33 ; femmes de rencontre : 102 ; amies régulières : 57 ; épouses : 4 ; pédérastes : 2.

2° Contamination de femmes par : maris : 33 ; amis réguliers : 66 ; hommes de rencontre : 45 ; risque professionnel : 14 ; impossibles à préciser : 10.

(1) Statistique établie avec la collaboration de notre dévouée assistante du Service social, Mme Ziegler.

(2) Statistique établie avec la collaboration de notre dévouée assistante du Service social, Mlle Lamoureux.

Erythème scarlatiniforme et œdèmes consécutifs à un traitement par le septoplix, par MM. Ch. Flandin et J. Chapuis.

Une malade de 43 ans présente depuis six mois une épidermo-dermite suintante eczématiforme des 4e et 5e doigts de la main droite et du dos de la main. Aucune origine professionnelle ; tous les tests épicutanés sont négatifs.

Guérison par les antiseptiques locaux classiques : eau Dalibour, crème Dalibour, pommade à l'oxyde jaune, mais récidives successives.

En janvier 1944, nous tentons la sulfamidothérapie iodée : septoplix 5 grammes, Lugol XXX gouttes, Vitamine PP 0,20.

Le soir même, éruption scarlatiniforme très prurigineuse prédominant aux cuisses et aux avant-bras, sans réaction fébrile, œdème marqué de la face.

La suppression du septoplix et un traitement d'Antergau font rétrocéder les symptômes.

Rien ne permet d'invoquer un phénomène infectieux par biotropisme. Il s'agit sans doute d'une réaction d'intolérance au septoplix.

Sur un lysat pancréatinique injectable de kératine humaine, par MM. H. Jausion, Mlles Chr. Gauguin, Al. Limes et L. Lamboley.

Les kératines, scléro-protéides très résistants, semblent procéder de la cyclisation de multiples chaînes polypeptidiques. Du fait de leur insolubilité dans l'eau, elles se prêtent mal à l'usage biologique. Trois d'entre nous ont néanmoins imaginé des milieux à la kératine pour la culture des dermatophytes. Mais, pour un emploi thérapeutique, force a été de la cliver, et de n'utiliser que les matériaux constitutifs du scléroprotéide. Grâce à la technique de Lebeau et Courtois (dégraissage à l'alcool-éther, digestion chlorhydro-peptique, et purification acétique), nous avons pu extraire d'appréciables quantités de kératine de cheveux humains. Par une attaque supplémentaire à la trypsine pancréatique, méthode inspirée du processus digestif normal, nous avons obtenu une peptidine kératinique, injectable après addition de phénosalyl. Le cobaye en tolère 1/4 de centimètre cube, et le lapin 1 centimètre cube. Chez l'homme, s'il n'est pas encore possible d'établir le bilan thérapeutique d'hypodermiques répétées, nous savons du moins qu'elles n'entraînent pas de réactions fâcheuses. Chez un peladique, un déglabré sénile, et une séborrhéique le produit a suscité quelques algies au cuir chevelu, et, pour la séborrhéique, une pousse accélérée des ongles. Introduits dans l'organisme, les constituants de la kératine semblent donc témoigner d'un certain tropisme pour les phanères.

A propos de lipomatose mésosomatique, par MM. H. Jausion et F. Cailliau.

La thèse de Crémieux, de Montpellier (1904-1905), a inspiré le travail originel de Roch, de Genève (10 juin 1908) sur la classification des lipodystrophies. C'est à lui et à J. Mozer que nous devons la première étude valable de la lipomatose multiple, symétrique, discrète, circonscrite, qu'André Léri, a qualifiée de « mésosomatique ». Il est possible d'individualiser 9 types de lipodystrophies, plus ou moins circonscrites : 1° *Pseudo-lipomatose symétrique* de Verneuil et Potain, à *lipomes susclaviculaires*. Il en faut rapprocher la *lipomatose symétrique des régions sous-trochantérieures*, de Schwartz et Chevrier. 2° *Adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale* de Launois et Bensaude. 3° *Lipomatose symétrique diffuse* de Mosny et Beaufumé. 4° *Lipomatose multiple symétrique circonscrite* de Roch, ou *mésosomatique* de Léri. 5° *Adipose douloureuse* de Dercum, de Philadelphie. 6° *Lipodystrophie* (atropho-hypertrophique) *progressive* de Simons. 7° *Lipomatose localisée des flancs*, de Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier. 8° *Lipomatose segmentaire du tronc*, de Touraine et Renault. 9° *Lipomatose régionale non symétrique*, de Gougerot, Cohen et Thiroloix. La lipomatose de Roch-Léri, à tumeurs classiquement indolores, peut s'avérer douloureuse au dire de Léri, Marcel Labbé et Boulin, Sézary et Claude Durand. Il en allait ainsi, dans 7 sur 17 de nos cas, qui concernaient tous les lipomes vrais, par prolifération de lipoblastes (Lévy-Coblentz). Avant même que

M. Gougerot et ses collaborateurs n'aient éloquemment plaidé l'origine nævique, et parfois angiomateuse, de ces tumeurs (1930-1931), l'un de nous avait insisté, avec Grandclaude (1926), sur leur provenance dysembryoplasique, par possible dégénérescence d'angiomes préformés.

Statistique et épidémiologie des cas de syphilis déclarés dans la région parisienne en 1943, par MM. Lucien Périn et P. Durel.

Le nombre des cas de syphilis primo-secondaire déclarés par les services hospitaliers, les dispensaires antivénériens et les médecins praticiens pour l'ensemble de la population parisienne en 1943 a été de 3.774. Ce chiffre représente une augmentation d'environ 10 o/o par rapport à l'année précédente (3.394 cas déclarés en 1942). L'augmentation a été surtout sensible au cours du premier semestre, le second semestre ayant permis au contraire d'enregister une régression assez nette.

Les enquêtes épidémiologiques pratiquées en application de la loi du 31 décembre 1942 ont permis de retrouver 206 agents contaminateurs, comprenant 42 hommes et 164 femmes, qui ont été trouvés porteurs d'accidents syphilitiques et traités. La plupart d'entre eux ignoraient l'affection dont ils étaient porteurs et il est facile de se rendre compte des services ainsi rendus par ces enquêtes tant à la société qu'à eux-mêmes.

Les cas de chancre mou et de maladie de Nicolas-Favre déclarés en 1943 ont été réduits comme l'année précédente à des chiffres insignifiants (1).

Statistiques du Dispensaire de Salubrité et de la Maison de Saint-Lazare en 1943, par MM. L. Périn et L. Marceron.

Le détail de ces statistiques paraîtra dans la *Prophylaxie antivénérienne* (1).

Hérédo-syphilis et arriération mentale, par M. J. Gadrat (Toulouse).

Au Dispensaire antivénérien de Toulouse, la consultation réservée aux hérédo-syphilitiques fonctionne en liaison avec le service de la Clinique neurologique chargé des enfants anormaux. Les enfants atteints d'arriération mentale nous sont systématiquement adressés aux fins de dépistage de l'hérédo-syphilis. La proportion de ceux qui présentent des antécédents précis, des stigmates nets ou des réactions sérologiques positives nous a paru faible (5 o/o) et inférieure à celle publiée par Ménard (41,6 o/o). Tous sans exception sont soumis à un traitement spécifique d'épreuve de longue durée. Sur 20 sujets ainsi traités 2 ont bénéficié largement de cette thérapeutique et l'amélioration générale s'est montrée parallèle à celle de l'état psychique. Cette statistique est comparable à celle de Letailleur (*Thèse Paris*, 1939) qui chiffre à 11 o/o la proportion d'hérédo-syphilitiques certains ou probables parmi les arriérés mentaux. Chez les enfants arriérés la recherche de l'hérédo-syphilis doit donc être systématique et ne saurait se contenter des seules investigations anamnestiques, cliniques et sérologiques : le traitement d'épreuve peut révéler l'hérédo-syphilis même dans des cas où l'absence de tout antécédent, de tout signe clinique ou sérologique semblerait devoir faire écarter cette hypothèse.

L'histaminémie dans quelques dermatoses, par MM. F. Coste, L. Marceron et B. Piguet (Recherches biologiques par M. J.-L. Parrot et Mlle V. Ratner).

Aux récents résultats de Gaté, Pellerat, Badel, nous pouvons joindre les suivants, qui les confirment et les complètent :

(1) Voir *La Prophylaxie antivénérienne*, février 1944.

1) Les *dermites par sensibilisation* et l'*urticaire* s'accompagnent en général d'une histaminémie élevée. Nous trouvons : 200 γ par litre dans une urticaire pigmentaire, 280 γ et 80 γ dans deux urticaires d'origine alimentaire ; 1.800 γ, 1.000 γ, 110 γ, 45 γ (et plus tard 70 γ) dans quatre sensibilisations à la paraphénylène-diamine ; 200 γ dans une dermite due à l'angélique et 200 γ dans une dermite due à certains bois.

2) Les *eczémas* et *dermatoses voisines* donnent des chiffres variables, plus souvent normaux qu'augmentés : 200 γ, 160 γ, 95 γ, 80 γ, 80 γ, 60 γ, dans des eczémas diathésiques ; 260 γ, 120 γ, 80 γ, 70 γ, 50 γ, dans des eczémas « infectieux » ; 100 γ dans un eczéma d'eau ; 80 γ dans un eczéma après novocaïnisation ; 100 γ dans une eczématide psoriasiforme ; 80 γ dans un prurigo simple, 75 γ et (2e expérience) 60 γ dans un prurigo nodulaire. Nous trouvons enfin 70 γ dans une maladie de Dühring.

Corrélativement le 2339 RP nous a donné d'assez nombreux succès dans les urticaires et dermites par sensibilisation, contre une nette prédominance d'échecs dans les eczémas.

Histaminémie et érythèmes chimiothérapiques, par MM. F. Coste, P. Durel et Mlle V. Ratner.

L'histaminémie varie selon l'intoxication en cause et selon le type des accidents. Elle était élevée dans deux *érythrodermies arsenicales* (400 γ par litre, puis, après guérison, 100 γ, 100 γ, 200 γ dans la première, 260 γ dans la seconde) ; parfois élevée mais aussi souvent *normale* dans 11 *érythèmes arsenicaux du 9e jour* (sang prélevé à des stades divers de l'érythème) : 0 γ, 40 γ, 50 γ, 70 γ, 70 γ, 80 γ, 110 γ, 125 γ, 160 γ (avec filariose associée), 200 γ, 300 γ. Elle était normale (45 γ) ou à peine accrue (100 γ) dans 2 *érythrodermies auriques*, qui paraissent ainsi se distinguer de l'érythrodermie arsenicale, dont d'ailleurs elles diffèrent cliniquement. Elle était normale dans 4 cas sur 5 d'*aurides érythémato-squameuses* 55 γ, 45 γ, 45 γ, 60 γ ; dans le 5e nous avons dosé 600 γ (puis 150 γ après désensibilisation par l'histamine intradermique). En dépit des chiffres parfois élevés qu'on trouve, surtout dans l'érythrodermie arsenicale, le 2339 RP ne nous a pas donné de grands résultats. Il n'atténue généralement pas les aurides et ne permet pas de poursuivre la chrysothérapie en cas d'intolérance cutanée à l'or.

Histaminémie et hyperpnée, par MM. F. Coste, P. Durel et Mlle V. Ratner.

Eichlee et Speda (*Klin. Wochschr.*, 1938, p. 1810) ont signalé une chute très marquée de l'histaminémie après l'hyperpnée. Nous avons cherché à contrôler la réalité de ce phénomène d'où aurait pu découler une application thérapeutique.

Voici nos chiffres : M. Sou... (oligoarthrite) : 80 γ par litre avant hyperpnée, 45 γ après hyperpnée ; M. Ger... (prurigo) : 80 γ avant, 120 γ après ; Mme Voi... (prurigo nodulaire) : 65 γ avant, 80 γ après ; 2e expérience : 60 γ avant et après ; M. Vair... (eczéma) : 78 γ avant, 90 γ après ; Mme Dab... (eczéma) : 200 γ avant et après ; M. Ped... (eczéma) : 260 γ avant et après.

Le phénomène rapporté par les auteurs allemands est donc pour le moins fort inconstant. Dans les cas précités et dans cinq autres où l'histaminémie n'a pas été dosée, l'hyperpnée répétée chaque jour par plusieurs périodes d'un quart d'heure, et cela pendant une semaine ou davantage, n'a nullement amélioré le prurit ni les lésions cutanées.

ÉLECTION

Est élu membre titulaire : M. P. Valette (de La Bourboule).

Le secrétaire de séance :
Georges Garnier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 3 MARS 1944

Présidence de M. R.-J. Weissenbach

SOMMAIRE

Papules faciales indéterminées (tuberculides ?) disparaissant après une biopsie sur un seul élément, par MM. H. Gougerot, Burnier et Duperrat.

La malade, 142.501, 29 ans, a depuis 4 ans des papules de toute la face, subissant une poussée depuis 1 mois.

A l'examen de janvier 1944, elle a un semis de papules lenticulaires, jaunâtre, peu saillantes, infiltrées, séparées par des intervalles de peau saine : à la vitro-pression, teinte jaunâtre, mais pas de lupome. Bordet-Wassrmann et Kahn négatifs. Intradermo-réaction à la tuberculine fortement positive.

Une biopsie montre dans le derme supérieur des infiltrats inflammatoires lympho-histiocytaires péri-capillaires et dans l'épiderme une exosérose mononucléée accompagnant une exosérose discrète de la basale épidermique.

Quatre jours après la biopsie d'un seul élément, les lésions ont commencé à s'affaisser et le 4 février, toutes les papules ont disparu.

Ce fait est à rapprocher de la disparition des lésions de granulome annulaire après biopsie, et par un mécanisme mystérieux.

Urticaire par pression, par MM. H. Gougerot et François.

Le no 142.291, cartonnier, sans antécédents personnels ni héréditaires, a vu apparaître depuis septembre 1943 et sans cause connue, de l'urticaire par pression, hypodermique et dermique avec prurit léger. Il est intéressant de noter de l'urticaire à distance sous forme de quelques papules dermiques d'urticaire typique, sur le bras en dehors de la pression. Expérimentalement (avec le cryocautère vide) on exerce sur l'avant-bras opposé une pression de 1 kilogramme pendant 3 minutes, à 11 heures ; la rougeur et l'œdème apparaissent vers 15 heures sur une surface de pression augmentant jusqu'à 17 heures et disparaissant en 24 heures. Il n'y a pas de dermographisme.

L'intradermo-réaction à l'histamine est intense avec une seule goutte : papules de 25 millimètres, auréole de 70 millimètres.

Supposant donc une pathogénie histaminique, deux thérapeutiques sont tentées :

— un anti-histamine préventif et curatif (Antergan par la bouche); le malade affirme être très amélioré, mais il n'est pas guéri.

— Désensibilisation par des doses faibles et croissantes d'histamine (en cours).

Urticaire pigmentaire chez le père et le fils, par MM. A. Touraine et G. Solente.

1. — Garçon de 3 ans. Début à 3 mois, par 30 ou 40 éléments devant le sternum ou entre les épaules. Depuis, poussées irrégulières, tantôt 2 par jour, tantôt tous les 8 jours, tantôt à 2-3 semaines d'intervalle, toujours après fautes alimentaires mais sans troubles digestifs. Actuellement nombreuses macules pigmentaires sur le dos jusqu'à la taille, la poitrine, le front ; reste de la face, seins, abdomen indemnes. Signe de Darier très net. Foie, rate, ganglions, formule sanguine normaux ; langue saburrale. Wassermann négatif. Biopsie : rares mastzellen. Pas d'autres anomalies. Ni frère ni sœur.

2. — Le père, 24 ans. Éruption notée à l'âge de 8 ans ; nombreuses poussées sans rythme, mais plus discrètes, n'affectant que le haut de la poitrine et du dos ; ictère à 12 ans ; foie actuellement un peu gros. Bonne santé générale. Ses 3 frères aînés (33, 31 et 29 ans), sa sœur (25 ans) sont indemnes ainsi que les 2 filles (7 et 4 ans) du frère aîné.

Donc, ici hérédité en ligne directe comme dans les cas de Behrend, G. Little, Kyrle, Rygier-Cekalska.

Gangrène microbienne insulaire bénigne, par MM. Touraine, Guex et M. Guéniot.

♀ de 33 ans, magasinière, travaille debout, varices depuis 1926. Le 27 janvier, rupture d'une varice après un traumatisme local (choc d'un escabeau) ; le lendemain, infection de la petite plaie ; formation de la gangrène 4 jours plus tard. Le 2 janvier, escarre noire, sèche, dure, de 10 centimètres de diamètre sur la face antéro-externe de la jambe gauche, partie moyenne. Début de sillon d'élimination ; auréole inflammatoire ; pas de lymphangite ni d'adénopathie ; pas de fièvre ; pas de diabète ni d'albuminurie ; artères et tension normales. Sur frottis, cultures aérobies et anaérobies : staphylocoque blanc pur.

Traitement d'une arthropathie tabétique de la hanche, par MM. F. Coste, J. Boyer et J. Hewitt.

Mme Cha..., 38 ans, souffre depuis 1930 de la hanche gauche par crises. Aggravation depuis 3 mois, à la suite d'une chute de bicyclette, gros craquements.

A l'entrée à l'hôpital on constate (16 décembre 1942) : 1° un tabès avec aréflexie tendineuse aux membres inférieurs, signe d'Argyll, Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; l'albumine, les cellules et les réactions de floculation sont par ailleurs normales. Syphilis conjugale en 1924, très irrégulièrement traitée. 2° Un léger raccourcissement de la cuisse gauche, avec gros craquements dans la hanche, dont les mouvements, indolores, sont à peine limités. La radiographie montre une subluxation très prononcée de la tête fémorale en haut et en dehors. La tête et le codyle sont flous, d'aspect cotonneux. Le risque de luxation complète et d'ostéolyse tabétique de la tête semble évident et imminent.

Traitement. — Extension continue et énergique pendant 5 mois. Bismuthothérapie régulière, par séries de 20 injections, séparées par des intervalles de 3 semaines. Électropyrexie : 10 heures au-dessus de 40° en janvier-février 1943.

Résultats. — Stabilisation des lésions. Les clichés successifs montrent que la luxation n'a pas progressé, la tête fémorale s'est simplement un peu tassée contre le codyle évasé et la hanche s'est consolidée, en même temps que ses mouvements se limitaient. La flexion n'atteint plus l'angle droit.

En juin 1943 la malade a quitté l'hôpital et depuis lors elle marche avec un grand appareil orthopédique : sa hanche « tient ». Cependant la syphilis reste évolutive, les

réactions sérologiques sont encore positives. Le liquide céphalo-rachidien en mars et octobre 1943 donne un Bordet-Wassermann positif, et montre un peu d'albuminose et d'hypercytose. Des arthropathies tabétiques des tarses, heureusement peu gênantes, se sont constituées en juillet 1943.

Sarcoïdes noueuses disséminées chez une syphilitique. Effet thérapeutique de la sulfamidothiourée, par MM. F. Coste, J. Boyer et J. Hewitt.

Chez la malade précédente, qui subissait depuis environ 10 mois un traitement bismuthique presque continu (renforcé au début par l'électropyrexie) sont apparues sur les membres inférieurs, surtout à la face interne des cuisses des dizaines de nodosités dures, indolentes, hypodermiques, non adhérentes à la peau dont la couleur n'était pas modifiée. Allant du volume d'une petite noisette à celui d'une tête d'épingle, elles évoquaient plutôt le diagnostic de fibrome que celui de sarcoïde : c'est pourtant ce dernier qu'impose l'examen biopsique, en les montrant formées de cellules épithélioïdes avec nombreuses cellules géantes du type corps étrangers, avec aspect de Wucheratrophie sans plasmocytes et sans qu'existe nulle part de lymphocytes ni d'aspect tuberculoïde. Pas de bacilles de Koch sur les coupes, la culture sur milieu de Lowenstein, l'inoculation au cobaye se montrent, au bout d'un mois, négatives. Tuberculin-test négatif chez la malade (température à 38°6, 3 heures après l'injection de 1 milligramme de tuberculine brute, mais sans réaction focale et avec faible réaction locale). Trois injections de tuberculine ont ainsi été pratiquées, elles n'ont pas fait rétrocéder les sarcoïdes, qui persistaient alors qu'une cure bismuthique était en cours depuis près de 2 mois. A ce moment on administre pendant 3 jours consécutifs 10 grammes de sulfamidothiourée. Elles disparaissent presque entièrement dès le lendemain de ce traitement. S'agissait-il de sarcoïdes tuberculeuses ou syphilitiques, ou d'autres provenance ? La radiographie pulmonaire ne montre aucune lésion.

Lésions lichénoïdes du gland. Sclérodermie annulaire du prépuce. Œdème éléphantiasique du scrotum et de la verge. Frei positif, par MM. F. Coste, L. Marceron et J. Hewitt.

Homme de 29 ans, atteint durant sa captivité de « glandes » à l'aine puis de nodules, sans suintement ni suppuration, à l'aine et sur le scrotum. Progressivement, en 3 ans, la verge se prend, les bourses deviennent énormes, éléphantiasiques. Il subit alors une intervention dont il ignore la nature : probablement résection d'une importante partie du scrotum. Aujourd'hui il persiste cependant un œdème éléphantiasique de la verge et du scrotum. Au voisinage de son insertion le prépuce est étranglé par un anneau de sclérodermie typique à bord frangé de flammèches mais qui ne l'empêche pas de décalotter. Le gland présente sur sa face supérieure un dépoli non homogène. Réaction de Frei nettement positive.

S'agit-il de 2 affections différentes, sclérodermie d'une part, maladie de Nicolas-Favre à forme éléphantiasique d'autre part ou bien faut-il rattacher la sclérodermie préputiale à la lymphogranulomatose ? Le malade n'étant pas revenu à notre consultation, l'épreuve sulfamidée n'a pas été faite.

Complexes balano-préputiaux, par M. H. Gougerot.

Chez le remarquable malade de Coste, Marceron et Hewitt, nous voyons :

1° un anneau préputial de sclérodermie typique avec sa teinte ivoirine, des bords en flammèche et sur le gland une plaque blanche bien limitée de sclérodermie (ou lichen scléreux). Si vraiment on n'admet pas la sclérodermie sur de telles lésions, je ne comprends plus ce qu'est la sclérodermie et d'ailleurs, chez plusieurs de nos malades, présentés ici notamment avec Degos et chez un malade de Touraine, ces sclérodermies balano-préputiales coïncidaient avec des plaques de sclérodermie typique du fourreau et de l'abdomen. La seule discussion est celle des rapports de la sclérodermie et du lichen scléreux, que j'ai développé devant vous ;

2° un œdème éléphantiasique du scrotum et du fourreau avec Frei positif ; nouvel exemple d'éléphantiasis dû au virus de Nicolas-Favre, cause habituelle, mais, comme je l'ai montré, non constante de ces œdèmes qui sont un syndrome.

Comment comprendre ces associations ? Je ne crois pas à un Nicolas-Favre donnant une sclérodermie, j'admets un complexe, notion sur laquelle j'ai tant insisté ici et à l'Académie (30 juin 1943, p. 350).

Maladie d'Ehlers-Danlos. Étude histologique, par MM. F. Coste et J. Hewitt.

Association d'une maladie d'Ehler-Danlos typique (avec cicatrices et tumeurs molluscoïdes) et d'une luxation congénitale de la hanche, précocement compliquée d'arthrose chez une femme de 23 ans. Discussion des relations entre ces deux maladies. L'étude histologique montre : 1° au niveau d'une cicatrice, l'absence de fibres élastiques ; 2° en peau normale, un réseau élastique non accru (contrairement à la constatation de divers auteurs). Mais les fibres élastiques sont, comme il est de règle, grosses, irrégulières, pelotonnées. La lésion consiste non en une hypertrophie mais en une dystrophie de ces fibres.

Léiomyomes éruptifs de la face, par MM. R. Degos, Georges Garnier et Mlle S. Dobkévitch.

Une femme de 35 ans, présente depuis l'enfance sur les deux tiers postérieurs de la joue droite près d'une soixantaine d'éléments durs, saillants, rosés, translucides, donnant au palper l'impression de grains de plomb enchassés dans le derme, de taille variable, d'un grain de mil à un petit pois, non douloureux au toucher. On ne trouve aucun autre élément sur le corps. Les lésions seraient apparues vers l'âge de 4 à 5 ans, et se seraient un peu étendues depuis.

Le père de la patiente aurait eu un placard semblable dans le dos.

La biopsie a montré une tumeur de la partie profonde du derme constituée par des fibres musculaires lisses enchevêtrées sans ordre, dans un tissu où il existe de nombreux appareils pilo-sébacés, où l'on ne remarque pas de glandes sudoripares et où les vaisseaux peu nombreux apparaissent normaux. La tumeur n'est pas encapsulée comme c'est la règle dans ces dermatomyomes éruptifs.

Aphtose cutanéo-muqueuse (lésions aphtoïdes buccales et vulvaires avec folliculite cutanée), par MM. R. Degos et Georges Garnier.

Une femme de 26 ans, couturière, entre dans le service pour une série de lésions muqueuses de la bouche et de la vulve évoluant en même temps que des lésions cutanées, depuis 15 jours.

A la vulve, à la face interne des petites lèvres, nombreuses ulcérations, les unes miliaires, les autres lenticulaires aphtoïdes, sans adénopathies. Ces ulcérations sont très douloureuses.

Dans la bouche, ulcérations aphtoïdes des sillons gingivo-labiaux et jugaux. Sur le tronc en avant surtout une trentaine d'éléments lenticulaires, les uns pustuleux folliculaires, les autres plus évolués, squameux. Quelques éléments isolés des membres.

Bordet-Wassermann négatif. Auto-inoculation des lésions vulvaires : négative. Absence de *B. crassus* dans les ulcérations. Examen du pus des éléments cutanés : pas de microbes (ex. direct et culture). Sang : anémie légère. Examen oculaire : négatif. Bacillose pulmonaire depuis 6 ans (Bacilles de Koch : +).

Évolution des lésions. — Pendant 8 jours, température à 38-39°7 ; nouveaux éléments muqueux et cutanés. Régression rapide sous l'influence du sulfothiazol au prix d'un érythème noueux discret le troisième jour.

Depuis sa sortie du service, la patiente a fait plusieurs poussées d'aphtes buccaux dont une avec lésions vulvaires et une avec lésions cutanées.

Une biopsie d'un élément cutané a montré un micro-abcès folliculaire avec nécrose centrale et infiltrat à polynucléaires.

Boutons d'huile du visage par brillantine, par M. Georges Garnier.

Un homme de 35 ans, compositeur de musique, vient consulter pour une pigmentation des régions temporales durant depuis 10 mois, s'étendant et fonçant progressivement.

A l'examen des deux régions temporales, on remarque une plaque pigmentée brunâtre, triangulaire, à base le long de la lisière du cuir chevelu, la pointe s'étendant vers la queue du sourcil et la paupière supérieure.

Il s'agit en réalité non pas d'une pigmentation en nappe, mais de pigmentation folliculaire très dense qui s'accompagne en certains points de véritables comédons. L'interrogatoire permet d'apprendre que le patient emploie, depuis un an environ, une brillantine qui, largement utilisée, est appliquée avec la paume des mains en lissant les cheveux en remontant sur toute la région temporale.

L'analyse a montré que la base de cette brillantine était une huile minérale de récupération, donc impure, ce qui explique la localisation anormale de ces boutons d'huile.

Parapsoriasis en gouttes et mycotoxines, par MM. H. Jausion, H. Mounot et F. Cailliau.

Notre patiente, âgée de 35 ans, mariée et mère de trois enfants sains, ne signale dans sa fratrie qu'un frère tuberculeux depuis 1940. Son éruption érythémato-squameuse date de 2 mois, et s'est constituée en 4 jours, sur les avant-bras, le dos des mains, l'abdomen, les fesses, les cuisses, les jambes et le dos des pieds. Elle respecte par contre la tête, la partie supérieure du thorax, les épaules, les paumes et les plantes; les muqueuses sont indemnes. La séro-réaction est négative. L'évolution se fait de la macule à la papule. La squame terminale, en pain à cacheter, laisse apparaître, après arrachement, une surface rouge et luisante, déprimée en son centre, parfois légèrement hémorragique, purpurique même, aux membres inférieurs. Grattage méthodique et biopsie infirment le psoriasis. L'histo-pathologie ne témoigne, en dehors d'une endo-périartérite syphiloïde, que d'une élaboration fibrillaire dans le corps papillaire, et d'une forte sclérose du derme moyen. Le diagnostic de parapsoriasis guttata a été porté, en dehors de nous, par M. Touraine. Or, si les tests tuberculiniques s'avèrent moyennement positifs, une intradermique de filtrat-trichophytine a suscité, il y a un mois, sur l'aire d'une paume de main, une réaction érythémato-papuleuse intense. Il en persiste encore un placard isomorphe significatif. La suspension du prurit, et la régression lésionnelle, contemporaines de cette réponse tégumentaire, nous incitent à poursuivre la mycothérapie.

COMMUNICATIONS

Discussion du lichen buccal associé à des dermatoses non lichéniennes, par M. H. Gougerot.

Ces associations fréquentes soulèvent le problème des critères du lichen cutané et muqueux et de la nature du lichen plan : est-ce une maladie spécifique due à une ou plusieurs causes produisant tantôt le lichen plan typique, tantôt des lichens plans atypiques ? Est-ce une réaction cutanée, comme l'eczéma ou l'urticaire, due à des causes diverses agissant par un même mécanisme ou sur un même terrain spécial ?

Le problème se repose à propos des mélanoses de guerre :

— si l'on admet que le lichen plan est une maladie spécifique, lorsqu'un lichen plan buccal ou cutané coexiste avec une mélanose, on tend à conclure à un lichen plan pigmentogène et à dissocier les mélanoses de guerre de Riehl ;

— si l'on admet que le lichen plan est une réaction cutanée, on supposera devant

cette association que des causes multiples déterminent par des mécanismes différents sur le même malade, des réactions différentes : papulettes de lichen muqueux, papules de lichen cutané, érythème pigmentogène aboutissant à la mélanose.

Nouvel exemple de dissociation entre le pemphigus cutanéo-muqueux qui guérit et l'état général qui s'aggrave entraînant la mort. Hémo-culture révélant du streptocoque hémolytique, par MM. H. Gougerot et J. Paraf.

Le n° 139-510, 39 ans, a depuis juin 1943 un pemphigus typique, débutant par une aisselle, se généralisant en novembre 1943. Entré à Saint-Louis le 4 juin 1944 dans un état très grave, il est traité par les sulfamides (Rubiazol et Thiazomide) et par le Moranyl. Les lésions cutanées et muqueuses se cicatrisent rapidement mais l'état général reste très mauvais, la température oscillant autour de 40° bien que la peau reste normale. C'est donc un nouvel exemple de ces dissociations sur laquelle nous avons plusieurs fois insisté. L'état général s'aggrave progressivement, entraînant la mort le 10 février, malgré les sulfamides buccales et en injections intraveineuses goutte à goutte.

Une hémo-culture pratiquée le 28 janvier avait en effet décelé le streptocoque hémolytique.

Cette septicémie streptococcique est-elle l'explication de la dissociation ? mais chez tous les autres malades il y a eu la même dissociation mystérieuse et les hémocultures étaient restées stériles. Il y aurait donc lieu de rechercher ce mécanisme dans les cas semblables.

Vaccine du poignet, par M. A. Sézary.

D... Simone, 40 ans, consulte pour une éruption du dos de la main droite formée de très nettes cocardes de 1 centimètre de diamètre, avec une croûte centrale, une large couronne bulleuse à liquide blanchâtre argenté et une aréole rouge violacé infiltrée. Ces cocardes, au nombre de 21, sont étroitement juxtaposées sur le dos du poignet. Il y en a une sur le poignet gauche. Elles se sont développées sur des gerçures dues au froid. Ce sont des pustules vaccinales. La malade, non vaccinée depuis 25 ans, a soigné son enfant de 3 ans, porteur d'une vaccine normale au bras, au stade croûteux aujourd'hui. Cette vaccine accidentelle était d'un diagnostic difficile en raison de sa localisation, du nombre et de la forme de ses éléments (Photo déposée au Musée).

Facteur létal sans syphilis, par M. A. Touraine.

Le mari a 37 ans, la femme 28. Mariage en 1937, avortement de 4 mois en 1938. Malgré 9 examens sérologiques, depuis cette date, chez la femme et 3 chez le mari, traitement antisyphilitique très régulier depuis 1938 ; cependant nouvel avortement en 1943. Aucun commémoratif ni signe ni stigmate de syphilis acquise ou congénitale chez les deux époux.

La mère de la femme a eu, elle-même, deux avortements sans raison visible avant sa seule fille. D'autre part, la tante maternelle de la femme a épousé l'oncle maternel du mari, de cette union sont résultés, dans l'ordre, un avortement, une fille normale puis un avortement. Dans ces deux cas, la syphilis a été recherchée et non trouvée.

De ces trois mariages, deux ont donc réuni, à deux reprises, les deux mêmes familles, pourtant d'origines provinciales différentes et ont, chaque fois, donné lieu à des avortements sans raison. C'est donc là un exemple de facteur létal en homozygotie récessive.

Nævo-fibromes miliaires, par MM. A. Touraine et G. Solente.

En un tableau clinique qui nous paraît non décrit jusqu'ici, une femme de 23 ans, prostituée, présente depuis l'enfance : 1° un semis d'élevures blanchâtres, fermes, pleines, d'une tête d'épingle à un grain de mil, au nombre d'une trentaine sur chaque paupière inférieure et d'une dizaine au-dessus de l'angle interne de chaque œil ;

leur piqûre ne fait sourdre que du sang ; 2° une éruption profuse sur le tronc de plusieurs milliers de petites papules en grain de mil, légèrement chamoisées, à reflet parfois lichénoïde, fermes, hémisphériques, isolées ou en petits bouquets qui prédominent sur les seins, l'épigastre, les flancs, les régions scapulaires et surtout les faces antérieure et latérales du cou. La face, les fesses sont moins touchées ; les membres, le périnée sont indemnes. *Biopsie* : tissu fibreux riche en faisceaux collagènes, pauvre en cellules ; vascularisation exagérée par des capillaires en dilatation angiomateuse ; légère papillomatose avec acanthose ; parakératose modérée.

Bonne santé, robuste, pas d'autre anomalie physique ni psychique. La mère aurait les mêmes éléments sur les paupières, mais non sur le reste du corps.

Tuméfaction linguale due à une volumineuse glande muqueuse, par M. R. Degos et Mlle S. Dobkévitch.

♂, 37 ans, présente, en arrière d'une plaque dépapillée ayant le siège et la configuration d'une *glossite losangique médiane* de Brocq, une tuméfaction ferme intralinguale. La plaque dépapillée est déprimée en son centre comme si la muqueuse était attirée vers la profondeur par une adhérence fibreuse ; une petite tache blanche leucokératosique recouvre cette dépression centrale. La tuméfaction ne fait pas saillie, elle est perçue à la palpation à l'arrière de l'aire de dépapillation ; elle est ferme, vaguement arrondie, du volume d'une petite noisette ; elle donne l'impression d'un fibrome intralingual ou d'une de ces nodosités de la langue constituée autour d'un corps étranger. Sérologie négative.

Histologiquement. — La tuméfaction est constituée par une volumineuse glande muqueuse occupant la région superficielle du muscle lingual dont elle dissocie les faisceaux. Cette glande est formée de lobules parfaitement typiques (acini et canaux excréteurs) et n'est pas entourée de réaction inflammatoire. La muqueuse sus-jacente est à peu près normale, mais, avec un léger décalage, on constate une zone de sclérose inflammatoire du chorion avec épaississement de l'épithélium.

Deux cas d'intolérance locale pour les sulfamides, par M. Clément Simon.

Bien que les cas de dermite par application locale de sulfamide ne soient pas rares, je crois utile d'attirer l'attention sur ces faits trop souvent méconnus des praticiens.

Le premier malade présenta une dermite vésiculo-œdémateuse du visage et du cou, très importante avec un suintement tel qu'on le recueillait dans un bol. Il avait appliqué sur « deux boutons » du menton de la poudre exoseptoplix, *proprio motu* semble-t-il. L'éruption, remarquons-le, ne se déclara qu'au bout de quelques jours. La suite de l'observation montre la méconnaissance de l'action eczématogène des sulfamides. En effet un pharmacien consulté remplaça l'exoseptoplix par de la poudre de dagénan et une pommade à base de thiazomide. L'aggravation immédiate n'empêcha pas un médecin, mis en présence de l'éruption, de continuer l'usage de la pommade en y adjoignant 40 comprimés de thiazomide. Le malade comprend enfin l'origine de ses malheurs, cesse les sulfamides, s'améliore rapidement. Mais il commet une erreur quelques jours après : il se trompe de tube et applique de nouveau la pommade au thiazomide. Il provoque une rechute. Quand je vois le malade, accompagné du Dr Chopin, il était en voie de guérison. Celle-ci fut bientôt complète après application de compresses de décoction de racines de guimauve.

Le second malade présenta, à la suite d'un pansement de plaie opératoire par électrocoagulation, un dermite légère autour de la plaie. Comme dans le premier cas, la dermite ne se déclara que quelques jours après la première application. Il ne semble pas que la cicatrisation de la plaie ait été retardée, comme dans les observations récemment rapportées par A. Cuénot.

Circulation dans l'organisme des diazines, nouvelle série des sulfamides, par M. P. Durel et Mlle M. Allinne.

Les auteurs américains Roblin et collaborateurs (août 1940) pour la partie chimique ; Feinstone et collaborateurs pour la pharmacodynamie animale (décem-

bre 1940) ; Long et collaborateurs (1941) pour la clinique ont attiré l'attention sur les sulfamido-diazines.

Dans cette série, le noyau pyridine du Dagénan est remplacé par le noyau pyrimidine.

Entre autres recherches, nous avons étudié la circulation dans l'organisme de la sulfamido diazine (2616 R.P.) et de son dérivé méthylé (2632 R.P.). On obtient avec ces deux corps des sulfamidémies plus élevées qu'avec les sulfamidés courants. On peut même obtenir par eux des chiffres jamais atteints jusqu'alors.

La courbe du 2.632 a un aspect très particulier : la sulfamidémie est d'emblée élevée et *reste longtemps élevée*. Par exemple, après une ingestion unique de 2 grammes, on obtient à la 5e heure une sulfamidémie de 4 mgr. 75 pour 100 centimètres cubes et à la 12e heure cette sulfamidémie est encore aux environs de 3 milligrammes. Cette propriété nous a paru digne d'être signalée car on peut ainsi éviter les variations quotidiennes dues aux possibles irrégularités d'horaire dans les absorptions de comprimés et supprimer ce que nous avons appelé le « creux de la nuit ».

Sous l'influence des auteurs américains, on a un peu tendance à attacher une importance capitale au taux de la sulfamidémie. Il est évident que celui-ci est essentiel mais il n'est pas seul à entrer en ligne de compte. La qualité de la molécule qui circule intervient certainement et l'on obtient, par exemple, la guérison des blennorragies avec des sulfamidémies moyennes en Thiazomide alors qu'avec une sulfamidémie plus élevée en 1162 F. la guérison ne pourrait être obtenue.

Il est, d'autre part, des produits comme le Fontamide qui reste très peu de temps dans le sang, si bien que le taux de la sulfamidémie y est faible alors que la sulfamidurie est importante, pourtant, ce produit est doué d'une activité très réelle.

Kérion de Celse guéri par une intradermo-réaction à la trichophytine, par MM. H. Jausion, R. Calop et G. Carlier.

Un homme de 40 ans se présente à notre consultation, le 1er février dernier, porteur depuis 45 jours, d'un kérion du dos de la main gauche. La biopsie, et l'ensemencement, font la preuve d'une folliculite agminée, à *Trichophyton gypseum asteroïdes*. Une intradermique de filtrat-trichophytine suscite une réaction phlegmasique démesurée, empruntant tous les traits cliniques du kérion de Celse. Cutiréaction tuberculinique et intradermo-réaction tuberculo-glucidique ne s'avèrent que faiblement positives. En 48 heures, le placard de folliculite, primitivement large comme une paume de main d'enfant, très tumescent et très suppuratif, se réduit à une surface plane, de couleur érythrocyanotique, d'où n'émergent plus que 5 à 6 pustulettes, complètement desséchées. Deux autres intradermiques de mycotoxine, à l'intervalle d'une semaine, amènent l'épidermisation complète. Cette involution rapide, succédant à des myco-réactions aussi intenses qu'isomorphes, est strictement caractéristique du kérion, traité par les intradermiques de filtrat-toxine. Des réponses tégumentaires analogues se retrouvent dans nombre de dysidroses. Mais là, l'excès des réactions focales fait momentanément obstacle à la résorption rapide des lésions.

Huiles d'anthracène et tests de lumière, par MM. H. Jausion, R. Calop et G. Carlier.

Les huiles de débenzolage ou d'anthracène, mélange des huiles lourdes et des huiles vertes, qui distillent à partir des goudrons entre 230° et 300°, ont été prônées, dès 1917, par Bory, pour le traitement de la gale et du psoriasis. En thérapeutique comme dans l'industrie, elles ont pour inconvénient de susciter des photodermites. Bien que renfermant, à l'origine, des bases quinoléiques, du naphtalène, de l'acénaphtène, du fluorène, du phénanthrène et de l'anthracène, etc., elles ont été dépouillées, pour l'usage thérapeutique, tant du benzopyrène, que de tous carbures cancérigènes. Leur photodynamisme, théoriquement imputable à

l'acridine, ne paraît pas se vérifier expérimentalement, du moins pour l'échantillon qui nous a été confié. D'une soixantaine d'essais effectués sur 24 patients, de diagnostics divers, avec le test de Saidman-Spengler, au Brûleur Biosol ou à l'Arc de l'Albertus Sonne, nous devons conclure que, localement, les huiles d'anthracène font écran, et se comportent comme des antiphotocatalyseurs ; même en larges badigeons, à distance, elles ne semblent pas réaliser d'imprégnation photodynamique. Pourtant, brassées avec de l'alcool éthylique, elles lui abandonnent un photocatalyseur jaune, d'action peu énergique.

Ces faits paradoxaux appellent des recherches complémentaires.

Traitement de la syphilis récente par le 4000 M, par M. L. Marceron.

Le 4000 M (Mouneyrat, *Progrès médical*, 10 février 1944) permet l'injection de doses instantanées d'un arsenoxy, préparé extemporanément par alcalinisation d'un chlorhydrate de dichlorarsine, 2 fois 1/2 plus fortes que du même arsenoxy en ampoules. S'élimine par 0 gr. 18 par 24 heures. Tréponémicide réduisant notablement la période de contagiosité. Cinquante cas suivis, 39 plus de 50 jours. Doses progressives de 0 gr. 10 à P × 0,0045. Quotidiennes jusqu'à 0,18. Tous les 2 jours ensuite, 16 injections. Négativation du F. T. entre 6 et 24 h. Flétrissement des condylomes, 3-4 jours. Réduction du W., 8 à 35 jours (un seul irréduit au 50e jour). Incidents : larmoiement. Picotement et douleur gingivale. Vomissements dans la première demi-heure. Deux érythèmes du 9e jour. Une ébauche d'érythrodermie. Activité du sérum glucosé et de la belladone. Échec habituel de l'adrénaline. Douze traitements parfaitement tolérés. Trois abandons. Importance de l'intégrité de l'état général et de la surveillance clinique.

M. Durel. — Nous sommes heureux d'entendre L. Marceron confirmer — avec un corps en tous points semblable au Fontarsol qui a fait l'objet de nos communications de mars 1943 — nos résultats. Les Américains, à 0 gr. 24 par jour pendant 5 jours, ont eu des accidents, aussi pensons-nous que les doses atteintes par Marceron sont, comme il le dit justement, plus expérimentales que pratiques (d'ailleurs notre collègue Torlais a observé, à 0 gr. 12 par jour, une apoplexie séreuse mortelle). Les injections à jour passé donnent une élimination en dents de scie et nous préférons 0 gr. 12 quotidiennement à 0 gr. 24 tous les 2 jours ; puisque de toute façon les malades sont hospitalisés.

Contribution à la pathogénie des éruptions d'urticaire périfolliculaire, d'acné miliaire et d'acné rosacée de la face, par MM. A. Desaux et H. Prétet.

Les papules urticariennes périfolliculaires de la face, les papulo-pustules miliaires récidivantes (ou acné miliaire), l'acné rosacée sont des formes cliniques de plus en plus évoluées d'une même affection cutanée, dont l'origine est un état allergique des follicules pilo-sébacés de la face. D'ordinaire, existence d'une polyallergie.

1° L'éruption fait souvent suite à l'ingestion d'aliments nocifs, qui, tantôt, ne précède que de quelques heures la dermatose (véritable anaphylaxie alimentaire), tantôt, provoque d'abord des troubles intestinaux et ce n'est que 48 heures plus tard que l'affection cutanée se constitue : dans ce dernier cas, intervention probable d'un antigène secondaire (en particulier microbien) né du désordre digestif. En fait, les microbes intestinaux paraissent susceptibles de jouer un rôle antigénique et la guérison d'une acné miliaire après appendicectomie prouve l'importance pathogénique du foyer infectieux intestinal.

2° Dans d'autres cas, le foyer infectieux est gingival ou urinaire.

— L'état allergique périfolliculaire est réalisé d'autant plus facilement que, d'une façon générale, les follicules pilo-sébacés sont prédisposés au processus de sensibilisation et qu'en particulier, ici, ils sont le siège d'une hyperactivité dénoncée par la séborrhée concomitante.

— Il peut coexister avec une sensibilisation de l'épiderme de surface et l'acné miliaire ou rosacée se joint à l'eczématide.

— Les effets du choc allergique folliculaire sont vraisemblablement accrus du fait de l'intervention de l'histamine : l'acné miliaire ou rosacée se produit sur un fond de couperose érythémateuse et la congestion faciale résulte soit d'une histaminémie d'origine intestinale que nous avons constatée, soit de réflexes nerveux histaminergiques.

Prédisposent en outre au choc et à ses effets, l'insolation, l'émotion, les troubles hypophyso-ovariens.

— Le choc allergique folliculaire, qui semble réaliser l'œdème ou l'infiltrat de la papule d'acné miliaire ou rosacée, paraît en outre exercer une action biotropique sur le staphylocoque, hôte latent du follicule pileux et la pustule staphylococcique coiffe secondairement la papule d'acné.

Herpes confluent, bipolaire et contagieux, par M. Robert Rabut.

Il s'agit d'une malade, qui présentait sur la vulve une éruption étendue de lésions érosives, superficielles, suintantes, à contours polycycliques carminés. L'introduction du spéculum permettait de constater, sur tout le museau de tanche, un tableau identique, retrouvé, d'autre part, sur toute l'étendue des deux amygdales. Léger état fébrile. Examens bactériologique et sérologique négatifs.

Le partenaire, vu le lendemain, présentait un herpès diffus du fourreau et du gland.

Intradermo-réaction positive au novarsénobenzol dans une érythrodermie vésiculo-œdémateuse primitive, par M. Karatchentzeff, présenté par M. Milian.

Un homme âgé de 41 ans, à la suite d'extirpation de polypes du nez, côté gauche, fait consécutivement un abcès à la base du nez, côté gauche, avec adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche ; un nouvel abcès de la région sous-occipitale, côté gauche, incisé comme le premier, un impétigo de la face.

Quatre mois après l'extirpation des polypes cet homme se présente le 8 février 1944 avec un gonflement des paupières et du visage simulant l'érysipèle et qui 48 heures après se manifeste comme érythrodermie vésiculo-œdémateuse (prurit, rougeur, œdème, vésiculation, fièvre à 39°2).

Le 8 février 1944, une intradermo-réaction au 914 au 1/100 donne une réaction fortement positive, rougeur infiltrée de 2 centimètres de diamètre. L'intradermo-réaction au vaccin antistreptococcique est fortement positive mais moins.

Un traitement de 12 jours : 35 comprimés de rubiazol, 90 comprimés de dagénan et 60 centimètres cubes de sérum antistrptococcique, ont fait tourner court cette érythrodermie ; le sérum surtout fit en 24 heuées tomber la température et le prurit.

Les deuxièmes intradermo-réactions (As. et vaccin) faites 20 jours après, sont entièrement négatives.

Est-ce l'action thérapeutique qui a rendu les intradermo-réactions négatives ? Cela est possible sans que nous puissions l'affirmer.

Les nouvelles intradermo-réactions (au 914 et au vaccin) faites le 7 mars 1944 sont aujourd'hui négatives. Il y a cependant une petite nodosité de la grosseur d'une lentille dans le derme, que certains considèrent comme positive.

Efficacité remarquable du traitement iodé dans un cas de poïkilodermatomyosite circonscrite chez une enfant de 10 ans, par M. J. Gadrat (Toulouse).

Une enfant de 10 ans nous est amenée en novembre 1942 pour des lésions cutanéo-musculaires en évolution depuis 1 an ; ces lésions sont disposées sous la forme d'une bande irrégulière de 10 centimètres de largeur moyenne sur la face antérieure de la cuisse gauche, s'étendent le long du trajet du couturier et se terminent à la partie supérieure de la jambe. Il s'agit d'une pigmentation en réseau avec quelques zones leucodermiques. La peau est dure, infiltrée, peu mobile, adhérente au plan musculaire ; les muscles et surtout le couturier sont durs, scléreux. Il existe une gêne modérée de la marche qui s'effectue avec une légère claudication. La mensura-

tion décèle une amyotrophie de 3 centimètres. Bon état général, aucun stigmate endocrinien, pas de signes neurologiques. L'examen électrique montre une légère hyperexcitabilité faradique et galvanique du crural gauche. La malade est mise en traitement par le lipiodol intramusculaire et reçoit en 1 an, 2 séries de 16 ampoules ; tolérance parfaite. En avril 1943, la pigmentation est très atténuée, la myosclérose moindre. En juillet 1943, l'atrophie de la cuisse n'est plus que de 1 centimètre. En février 1944, les troubles pigmentaires ont disparu, les muscles sont très assouplis, l'amyotrophie est minime, la malade ne boite plus.

L'âge de la malade (G. et A. Petges, *Ann. Dermatologie*, 1930, p. 44), le caractère localisé du processus et l'efficacité du traitement constituent les points les plus curieux de cette observation.

Ictère catarrhal et syphilis héréditaire, par M. E. Ménard (de Bécon, M.-et-L.).

Un jeune homme de 16 ans fait un ictère catarrhal durant depuis 2 mois et dont rien ne fait prévoir la fin, et le malade proteste contre le prurit et la diète. Appelé par son médecin, je ne puis que confirmer le diagnostic auquel invitent également les nombreux examens de laboratoire que nous faisons pratiquer. Mais, ayant noté que cet ictère évolue sur un terrain héréro-spécifique, je prie notre confrère de bien vouloir mettre en œuvre un traitement antisyphilitique. L'amélioration se produit avec une rapidité déconcertante, et une semaine plus tard la famille me fait l'hommage d'un échantillon d'urine claire.

Coïncidence, dira-t-on ! Je ne le crois pas ; les rapports de l'ictère catarrhal et de la syphilis ont été mis en lumière par les travaux de M. Milian, et ce cas vient encore confirmer ce qu'il a écrit. Cette observation sera publiée par ailleurs *in extenso*, mais j'ai cru devoir en rapporter la substance à la Société.

Pityriasis versicolor réticulé et exubérant, par M. E. Ménard (de Bécon, M.-et-L.).

En découvrant pour l'ausculter le dos d'un malade de 66 ans consultant pour toute autre raison, je me trouvai en face d'une dermatose d'aspect curieux ; il s'agissait d'un réseau linéaire brunâtre limitant des mailles polygonales de peau saine, toutes sensiblement de 1 centimètre de diamètre. Les lésions, variant du fauve au chocolat, ne sont pas planes, mais en relief ; leur superstructure, s'étageant de 3 à 6 millimètres, diminue vers la périphérie ; ce réticulum est onctueux au toucher, et un coup de curette détache sans saignement, non pas un copeau, mais un fragment d'écorce qui, dissocié et examiné en chlorallectophénol me montre les gros filaments flexueux et les amas de globules de M. Furfur, signant le diagnostic de *P. versicolor* que des éléments typiques sur la poitrine viennent confirmer.

Le manque de la plus élémentaire hygiène peut expliquer l'agglomération des squames, donc le relief ; mais pourquoi l'aspect réticulé ?

Guérison d'un kérion de Celse par le traitement sulfamidé, par MM. M. Derot, L. Lafourcade et Mme Borreau-Monghal.

M. K..., 30 ans, est vu le 24 mai 1943 pour un kérion du menton évoluant 15 jours et ayant un diamètre de 3 à 4 centimetres. Dès le premier jour il est mis au traitement local par le poudrage au 1162 F. et au traitement général par le 2090 RP. dont il reçoit 19 grammes en une semaine. La guérison a été totale en quelques jours. Le 31 août il ne persistait plus qu'une cicatrice très restreinte.

Il nous a paru intéressant de signaler cet effet des sulfamides. Déjà Krautz, *Derm. Woch.*, t. **113**, n° 29, 19 juillet 1941 avait signalé que les sulfamides pouvaient avoir une action dans les trichophyties expérimentales. Les résultats dans les trichophyties humaines avaient paru discordants.

Ichtyose généralisée traitée par la parathyroïdectomie, par MM. M. Derot, L. Lafourcade et Yves Bourdy.

Ichtyose ♀, *43 ans*, le 8 juillet 1942 ; un examen humoral montre : chl. pl. 3,62, chl. glob. 1,84, réfractométrie 83,2, protidémie 81,24, sérinémie 55,94, globulinémie 25,30, lipi-

démie 7 gr. 90, cholestérol 1 gr. 63, calcémie 121 milligrammes (Laboratoire du Pr Harvier). Le métabolisme de base est de plus 8 o/o. Deux autres examens successifs confirment l'hypercalcémie qui est de 121 milligrammes le 23 juin 1942 et de 119 mgr. 4 le 17 octobre 1942. Le phosphore minéral est à cette dernière date de 36 mgr. 3 pour 1.000. Phosphatase de 3,6. La réserve alcaline est de 56,5.

Nous décidons alors d'avoir recours à une parathyroïdectomie qui est pratiquée par le Dr Wilmoth le 9 novembre 1942.

Les jours suivants une amélioration très considérable se produit. La desquamation qui constituait une véritable infirmité, cesse presque complètement et quand nous revoyons la malade, la peau semble à peu près normale.

Le 4 décembre 1942, une rechute de la maladie se produit mais il persiste, et il a persisté depuis lors, une amélioration qui dépasse 50 o/o. La calcémie s'est abaissée à 105 milligrammes.

Dans l'ensemble, sans amener la guérison, la parathyroïdectomie a donné une amélioration que n'avaient pas donné les traitements médicaux.

Ichtyose généralisée traitée par l'énervation sinu-carotidienne, par MM. M. Derot, L. Lafourcade et Mme Th. Boreau-Monghal.

♀, 18 ans, atteinte d'ichtyose généralisée.

Examen humoral. — Hématies 3.420.000, leucocytes 7.500, polynucléaires neutrophiles 60, polynucléaires éosinophiles 2, moyens mononucléaires 11 lymphocytes 17, monocytes 10, calcémie 0,80, chl. glob. 3,50, chl. pl. 1,75, protidémie 85,3, sérinémie 35,3, globulinémie 50, cholestérol 1,40 (Laboratoire du Pr Harvier). Métabolisme de base 12,6.

Traitement par l'extrait thyroïdien (30 centigrammes par jour). Intolérance et aucune amélioration. Nous basant sur les constatations faites dans une observation précédente, nous décidons d'avoir recours à une intervention agissant sur le sympathique, et le 12 juillet 1943, L. Leger pratique une énervation sinu-carotidienne du côté droit. La desquamation disparaît presque complètement, mais la peau demeure légèrement épaissie.

Cette amélioration se maintient durant les mois suivants, et alors que les hivers précédents une aggravation s'était constamment produite, l'hiver 1943-1944 n'amène aucune gêne spéciale.

Il semble que l'énervation sinu-carotidienne ait donné une amélioration très nette, sans aboutir toutefois jusqu'à présent à la guérison complète de la maladie.

Deux cas d'érythèmes polymorphes en cours de traitement par le sulfamidothiazol, par MM. M. Derot, L. Lafourcade et Mme Boreau-Monghal.

Premier cas. — ♀, traitée pour lymphangite infectée de la jambe. Éruption au 3e jour du traitement.

Cuti-réaction et intradermo-réaction au 2290, négatives ; reprise du traitement 15 jours après première éruption : nouvel érythème polymorphe. Troisième ingestion 1 mois après : bien tolérée.

Deuxième cas. — ♂, blennorragie sulfamido-résistante, traitée par 2290 RP. et propidon. Éruption après 5 jours. Dix jours après, une nouvelle ingestion de 2290 RP. ne provoque aucune réactivation, mais association au 2290 de propidon provoque une deuxième poussée. Quatre semaines après le début, ce double traitement est bien toléré. Cuti- et intradermo-réaction au 2290 négatives. Cuti- et intradermo-réaction au propidon et au vaccin anti-staphylococcique faiblement positives.

Dans nos deux cas, éruption composée d'éléments noueux et de rares éléments d'herpès iris.

L'absence de cuti- et intradermo-réactions positives nous amène à incriminer un biotropisme.

Statistique des cas de syphilis récente observés pendant l'année 1943 à la Clinique dermatologique et au Service des prostituées hospitalisées, par MM. Nanta et Laurentier (Toulouse).

1943 : 90 (contre 47 en 1942) pour la Clinique Dermatologique; 28 (contre 34 en 1942) pour le Service des prostituées (il faut ajouter 20 syphilis sérologiques con-

tre 30 pour 1942, sans que l'on puisse préciser s'il s'agit de syphilis récentes ou anciennes).

Une enquête portant sur 51 syphilis de l'homme révèle que 6 ont été contractées auprès de prostituées surveillées contre 45 auprès de clandestines.

La recrudescence des syphilis récentes est en rapport certain avec le développement de la prostitution clandestine; le nombre des clandestines hospitalisées atteint 90 o/o, et la proportion des syphilis d'origine clandestine chez l'homme atteint près de 90 o/o.

Cette augmentation des clandestines est elle-même en rapport avec les mesures de semi-abolitionsme qui ont ramené le nombre des prostituées surveillées de 200 en 1941 à moins de 80 en 1943.

Anétodermie de Jadassohn avec coexistence de lupus érythémateux et de tuberculides, par MM. Bouisset et Pellegrin (de Nice).

Il s'agit d'une malade atteinte depuis 10 ans d'une éruption de larges papules non squameuses sur les coudes et les genoux, avec léger prurit, puis apparition consécutive de cicatrices nacrées, atrophiques et déprimées.

En même temps, lupus érythémateux du nez, éruption lupoïde du genou droit, sarcoïdes de la jambe gauche avec érythrocyanose du 1/3 inférieur des deux jambes et adénite cervicale de la grosseur d'une noix, qui a guéri par un traitement à l'antigène méthylique.

Pas d'antécédents syphilitiques.

En somme, coexistence d'anétodermie de Jadassohn, de tuberculides et d'adénite venant signer l'étiologie tuberculeuse de l'anétodermie sur laquelle un traitement anti-syphilitique n'a pas eu d'action nette

Herpes gestationis récidivant, par MM. Bouisset et Pellegrin (de Nice).

Les auteurs présentent les observations d'une femme qui, à chacune de ses deux dernières grossesses, a été atteinte d'une dermatose ayant les caractères de la maladie de Dühring-Brocq.

Il s'agissait la première fois d'une éruption d'éléments annulaires, de teinte lilacée, très prurigineux, avec ultérieurement apparition d'éléments bulleux au centre des anneaux. Dans le liquide des bulles et dans le sang, présence d'éosinophilie marquée (10 o/o). Pas de lésions muqueuses, ni adénopathie. Aucune atteinte de l'état général.

La seconde fois (deux ans après), l'éruption, siégeant également sur les cuisses, était caractérisée par de larges placards érythémato-bulleux, à bords infiltrés et polycycliques, de teinte lilacée, également très prurigineux. Le liquide des bulles et le sang contenaient respectivement 6 o/o et 3 o/o d'éosinophiles. Comme dans le premier cas, la dermatose a disparu à la fin de la grossesse.

Élection.

M. L. Vignon (de la Roche-Posay) présenté par MM. Favre et Gaté est élu membre titulaire.

Le Secrétaire de séance :

G. Solente.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 11 MAI 1944

Présidence de M. R.-J. Weissenbach.

SOMMAIRE

NÉCROLOGIE

Octave Claude.

C'est avec une grande tristesse que nous avons appris la mort d'Octave CLAUDE. Beaucoup d'entre nous, et moi-même, nous l'avions connu et nous avions apprécié son charme et sa courtoisie lorsqu'il fréquentait assidûment Saint-Louis où il avait été successivement l'interne, le chef de clinique, l'assistant du Professeur Gaucher, avant la guerre 1914-1918. Depuis, quoiqu'il exerçât à Paris, on ne le voyait plus

assister aux séances de notre Société qui l'avait élu membre en 1908, absorbé qu'il était par ses malades auxquels il consacrait tout le temps qu'il ne réservait pas à sa famille, à quelques amis et à la musique, son art de prédilection.

Il était né à Saint-Prix, en Seine-et-Oise, le 14 août 1876. Son père, Alsacien d'origine, exerçait la médecine à Paris ; disciple d'Hanemann, il avait été Président de la Société Homéopathique de France. Octave CLAUDE fit toutes ses études à Paris. Sa thèse, de 1908, est intitulée « Recherches sur la coagulation du sang. Coagulation plasmatique et sédimentation spontanée ». Dans ce travail, il montre, un des premiers, l'importance d'une technique précise de prélèvement du sang, prélèvement par ponction veineuse, pour les déductions à tirer du mode de coagulation constaté. Il apporte la démonstration que la coagulation plasmatique et la sédimentation spontanée sont des phénomènes pathologiques. Il en étudie le mécanisme. Il montre qu'on les observe sous le type de sédimentation rapide, dans les sangs anémiques et sous le type de sédimentation lente dans divers cas dont le sang des hémophiles est l'exemple le plus caractéristique. Tous les travaux ultérieurs ont confirmé ces constatations et ces conclusions. Les applications thérapeutiques des corps radioactifs furent depuis l'objet de prédilection des études et des recherches d'Octave CLAUDE. En 1909, il organise au Muséum, sous la présidence des Professeurs Gaucher et Becquerel, un cours sur les applications médicales des substances radioactives et consacre plusieurs leçons sur les boues radioactives et les applications du Radium en dermatologie, leçons publiées dans les *Archives Générales de Médecine*, et qui sont une excellente mise au point à ce moment de l'état de la question. Parmi ses autres publications, je citerai les articles sur le traitement des nævi et des sarcomes du *Traité de Thérapeutique*, son étude parue dans nos Bulletins, sur le traitement des ulcères variqueux par les boues radioactives.

En notre nom à tous, j'adresse à Madame CLAUDE et à ses enfants l'expression de nos condoléances.

PRÉSENTATION DE MALADES

Nouvel exemple de granulome annulaire atypique non annulaire à petits nodules, par MM. H. GOUGEROT, A. CARTEAUD et B. DUPERRAT.

La malade 142.782, 41 ans, a des lésions nodulaires des doigts apparues il y a 2 ans, disparues (?) dit la malade après une cure de verrulyse mais réapparues il y a 1 an. Elles siègent à la face dorsale et latérale des doigts des deux mains sauf aux deux pouces et à l'index gauche, principalement au pourtour des deux articulations. Elles sont faites de nodules de 4 à 6 millimètres, arrondis, saillants, de couleur rose pâle. Sauf peut-être au médius droit elles ne se groupent pas en anneaux. Plusieurs nodules ont une ébauche de nécrose centrale les faisant ressembler à des papules nécrotiques.

Aucun antécédent familial ni héréditaire. Une intradermo-réaction à la tuberculine provoque l'apparition d'une papule centrale de 10 millimètres cerclée d'une auréole rosée de 30 millimètres. Les réactions sérologiques Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn sont totalement négatives.

La biopsie a montré l'aspect typique du granulome annulaire : infiltrat inflammatoire du derme ; des cellules épithélioïdes forment une sorte d'anneau palissadique incomplet entourant une zone centrale de collagène en état de prénécrose. C'est donc une forme atypique cliniquement à petits nodules non annulaires, analogue à celle que nous avons rapportée à la Société le 11 novembre 1943.

Pityriasis cachecticorum, par MM. H. GOUGEROT et ANDRÉ PARAF (Histologie par B. DUPERRAT).

Le n° 141.617 est un exemple rare de ces érythrodermies inclassables, dont parle Nanta (T. 7, *Nouvelle Pratique Dermatologique*, p. 739) et appelée par les anciens auteurs *pityriasis cachecticorum, ichtyosis tabescentium seu cachecticorum, desquamatio cachecticorum* (cf. art. de Moncorps *in* Jadassohn, t. 7, fasc. 2, p. 290).

Cet homme de 68 ans, a, depuis juillet 1943, une peau jaune brun, sèche, recouverte de squames blanchâtres, légèrement imbriquées, plus larges à la face. Les paumes et les plantes ne sont pas desquamantes. Au cuir chevelu, pas de desquamation vraie. Prurit peu intense. Pas de pigmentation dans la bouche.

Absence de pannicule adipeux ; amaigrissement très marqué, cachexie. A plusieurs reprises poussées thermiques à 39° pendant 2 à 3 jours, les unes en rapport avec une infection cutanée (notamment à la plante des pieds), les autres sans cause connue. Cœur, bruits bien frappés. Tension artérielle : 13/9. Congestion des bases. Pas de bacilles de Koch dans les crachats à des examens répétés. Urines normales, formule sanguine normale.

A l'examen histologique, squames orthokératosiques. Inégalité de largeur des prolongements interpapillaires de l'épiderme, sans aucune vésiculation. Très discret infiltrat lymphocytaire (disséminé) du derme supérieur.

Association (?) de histiocyto-lymphoblasto-sarcome et d'atrophie cutanée des deux membres, par MM. H. Gougerot, B. Duperrat et M. Lesourd.

La malade 142.451, 81 ans, a depuis le début de février 1944 :

1° A la face interne de la cuisse gauche une tumeur sous-cutanée et cutanée à développement rapide de 100 à 120 millimètres, et à la face externe de la jambe gauche 4 nodules dermiques de 01 à 20 millimètres, rose violacés. Histologiquement, le derme et l'hypoderme sont occupés par une prolifération néoplasique diffuse dont les coulées dissocient les faisceaux collagènes. Les cellules tumorales, tassées les unes contre les autres, sont allongées, incurvées, en virgule à noyau ovalaire à chromatine poussiéreuse ; à l'intérieur de quelques capillaires, elles constituent des amas emboliques faits d'éléments libres, arrondis, à protoplasma basophile assez clair, à noyau central sphérique, à chromatine dense.

Ces lésions sont en train de se résorber par la radiothérapie.

2° Les deux mains ont une atrophie en gant avec peau rouge violacée pigmentée, comparable à celle de l'acro-dermatite de Pick-Herxheimer et tout à fait différente de la légère atrophie sénile du reste de la peau de la malade.

Pas d'autre atrophie sur le reste du corps.

Échec de la sulfamidothérapie préventive dans la prévention des érythrodermies, par MM. H. Gougerot, Lesourd et Paraf.

Dans notre statistique des érythrodermies traitées par les sulfamides, nous voudrions souligner que le n° 142.629 a été soumis à la sulfamidothérapie dès l'apparition du prurit et du pointillé rouge, par conséquent avant le développement de l'érythrodermie : les sulfamides échouèrent, n'empêchant pas le développement de l'érythrodermie intense, de même que le traitement curatif par les sulfamides fut inefficace.

Chez le n° 142.423 traité dès l'apparition du prurit, les sulfamides ont peut-être agi en empêchant le développement de l'érythrodermie, quoique la continuation d'une légère température non influencée par les sulfamides ne soit pas favorable à cette hypothèse.

Maladie de Dühring-Brocq avec lésions oculaires graves, dites « pemphigus oculaire » ayant entraîné la cécité, par MM. Weissenbach, Parfonry et Giraud.

Mme B..., 64 ans, présente depuis janvier 1940 une dermatite de Dühring. L'affection évolue par une série de poussées successives avec conservation de l'état général. Mais sa gravité réside, à côté de l'atteinte des muqueuses, nasale, buccale, laryngée, vulvaire, dans l'intensité des lésions oculaires apparues en octobre 1941 par des troubles fonctionnels importants avec éruption bulleuse des conjonctives. Progressivement les lésions cornéennes et conjonctivales ont entraîné la cécité de l'œil droit et la baisse de la vision de l'œil gauche à moins de 1/10. A l'œil droit la cornée opacifiée est recouverte par une membrane épidermisée qui soude la moitié inférieure de la cornée à la paupière inférieure et oblitère la partie interne du cul-de-sac conjonctival. A

l'œil gauche, la cornée partiellement opacifiée laisse encore apercevoir l'iris et la pupille, elle présente en certains points un aspect grenu et au biomicroscope on constate la présence dans le parenchyme de zones opacifiées et vascularisées. Une biopsie des lésions cutanées a confirmé le diagnostic de maladie de Dühring-Brocq (Civatte).

Nous voulons, à propos de ce cas, poser à nouveau le problème de la nature des lésions dites en ophtalmologie « pemphigus oculaire ». Toutes les descriptions sont, au degré près, identiques à celles de notre malade; leur très longue évolution s'oppose à l'évolution habituellement rapide et fatale du pemphigus vulgaire. Il y aura donc lieu, à l'avenir, de mieux étudier les caractères cliniques et histologiques des lésions cutanées accompagnant le « pemphigus oculaire » pour faire la discrimination entre les lésions oculaires qui appartiennent à la maladie de Dühring-Brocq et, si elles existent, celles qui appartiennent au pemphigus proprement dit.

Maladie de Dühring-Brocq avec déterminations oculaires à type d'épisclérite, par MM. Weissenbach, Parfonry, Giraud et Deslandes.

M. C... Joseph, 37 ans, présente depuis 5 mois une dermatose bulleuse dont les caractères cliniques et l'évolution sont ceux d'une dermatite herpétiforme de Dühring-Brocq : placards érythémateux des jambes avec semis de vésicules, sensation de brûlures, lésions analogues du dos des mains, mais sans vésiculation. Éosinophilie importante dans le liquide des bulles, à 58 o/o. La particularité de cette observation réside dans l'existence de lésions oculaires qui évoluent actuellement par poussées synchrones à celles des lésions cutanées mais dont le début a précédé de longue date celui de la dermatose : épisclérite de l'œil droit et blépharo-conjonctivite légère des deux yeux avec réaction épisclérale discrète de l'œil gauche. Depuis une quinzaine d'années, seraient survenues de temps à autre des poussées analogues durant une quinzaine de jours et disparaissant sans laisser de traces.

L'intérêt de ce cas est double. 1° Il constitue, à notre connaissance, la première observation de lésions oculaires, évoluant parallèlement aux poussées cutanées d'une maladie cutanée de Dühring-Brocq, étant donc très vraisemblablement de même nature, et se présentant non sous l'aspect de lésions bulleuses, du type « pemphigus oculaire » mais sous l'aspect d'épisclérite ; 2° Ces poussées d'épisclérite ont précédé de longue date, une quinzaine d'années environ, les manifestations cutanées caractéristiques dont elles constituaient une manifestation larvée.

Lupus érythémateux des mains et de la face, à type de vespertilio, avec albuminurie, par MM. Weissenbach, Martineau et Giraud.

Mlle D..., âgée de 20 ans, présente un lupus érythémateux étendu de la face, à type de vespertilio, avec lésions du menton et du cou, évoluant depuis 2 ans et qui s'accompagne de lésions typiques du dos des doigts. La particularité de ce cas réside dans l'existence d'une néphrite chronique avec grosse albuminurie (3 à 4 grammes par litre) et cylindrurie, sans rétention azotée ni chlorurée venant modifier le pronostic de l'affection et réduisant les possibilités thérapeutiques à lui opposer telles que l'emploi des sels de bismuth et d'or.

Cas pour diagnostic ; lésions papuleuses nigricantes généralisées survenues au cours d'une érythrodermie chez une spécifique traitée à la période présérologique, par MM. P. Fernet. P. Collart et Ch. Denéziaut.

Lorsqu'on examine cette malade, devant des lésions d'aspect aussi syphiloïde, on fait immédiatement le diagnostic de syphilides papuleuses, papulo-tuberculeuses nigricantes généralisées. Mais quand on interroge cette malade et que l'on connaît son histoire clinique, on est en droit, il nous semble, de discuter le diagnostic.

Mme F..., 24 ans, est une prostituée surveillée résidant à Bordeaux. Hospitalisée le 9 août 1943 pour blennorragie, elle présente le 26 août un accident primitif de la petite

lèvre droite : tréponèmes à l'ultra-microscope, sérologie négative. Traitement mixte : 5 gr. 10 de novarsénobenzol, 12 injections de bismuth liposoluble. Sort le 12 octobre : sérologie négative.

Hospitalisée à nouveau le 16 novembre pour gonococcie, elle reçoit un nouveau traitement mixte. A la deuxième piqûre de novar à 0,30, réaction violente et apparition d'une érythrodermie débutant à la face et se généralisant rapidement, avec température qui pendant plus d'un mois oscillera autour de 38°. Nous avons cru qu'il s'était agi d'une érythrodermie arsenicale mais le Professeur Joulia nous a signalé que cette érythrodermie avait peut-être eu une origine tinctoriale et il a attribué cette dermatite très prurigineuse à une intolérance à la paraphénylènediamine, car elle n'a jamais présenté les caractères d'une érythrodermie œdémato-vésiculeuse. Très rapidement cette dermite s'est impétiginisée : de très nombreuses bulles d'impétigo, des lésions plus profondes ecthymateuses apparaissent ainsi que de nombreux abcès du type furonculeux qui ont dû être excisés et traités par l'auto-hémothérapie et l'anatoxine. Il s'agissait donc d'une dermite strepto-staphylococcique. Le traitement par le lysothiazol n'a pas eu d'effet et n'a pas modifié la température. L'antergan, administré pour combattre le prurit, n'a pas été toléré. C'est seulement quand les lésions croûteuses d'impétigo sont tombées que très rapidement se sont développées les lésions papuleuses et pigmentées qui persistent encore actuellement ; elles siègent exactement sur les mêmes points et sont isolées ou confluentes, particulièrement à la face. La malade quitte l'hôpital le 28 janvier avec des réactions sérologiques complètement négatives.

Dans le courant de février, elle reprend à Paris un traitement bismuthique et elle est hospitalisée le 1er mars dans notre service de Saint-Lazare pour « spécificité secondaire ». Les réactions sérologiques sont négatives. Le muthanol n'améliore en rien les lésions pas plus que les injections quotidiennes de cyanure de mercure faites au nombre de 20. Après réactivation par le cyanure, Bordet-Wassermann, Latapie, Hecht, Kahn, toujours négatifs.

Assurément, on peut prétendre que cette malade, chez qui, cependant, toutes les réactions sérologiques sont constamment négatives, présente des lésions spécifiques arséno, bismutho, mercuro-résistantes. Mais on peut peut-être discuter d'autres diagnostics.

Nous nous sommes demandé si nous ne nous trouvions pas en présence d'une forme anormale de lichen plan ou de lichénification anormale, observée après traitement arsenical, beaucoup plus fréquemment après traitement aurique, mais nous n'avons pas constaté aux lieux d'élection de lésions typiques de lichen plan et il n'y a pas de lésions des muqueuses : une biopsie pratiquée par M. Civatte infirme le diagnostic. Nous proposons un autre diagnostic. Attendu que les lésions actuelles se sont développées sur des lésions antérieures d'impétigo et d'ecthyma, on peut se demander s'il ne s'agit pas de lésions infectieuses à type d'impétigo papuleux ou de pyodermites végétantes, car il est certain que quelques lésions de la face sont légèrement végétantes. C'est à ce diagnostic que nous nous rattachons. Le professeur Joulia qui a vu évoluer les lésions porte le même diagnostic, mais notre ami Civatte nous a déclaré que l'examen histologique lui montre plutôt des lésions de spécificité résistante. Le diagnostic reste donc difficile et discutable.

M. Flandin. — Cette malade soulève deux problèmes : 1° la nature de ses lésions ; 2° la cause de leur pigmentation. Celle-ci dépend du terrain, de l'état de la surrénale et du sympathique dont il faudrait pouvoir étudier le fonctionnement.

Processus bulleux déclenchés par un anti-histaminique de synthèse, par MM. H. Jausion, J. Tete et G. Carlier.

Un jeune homme de 20 ans est atteint, depuis sa naissance, de poussées bulleuses verno-estivales, qu'en raison de l'absence de toute éosinophilie sanguine et locale, du monomorphisme des lésions, et de la localisation élective aux zones de friction, sur la peau couverte par les vêtements, nous rapportons à l'*épidermolyse bulleuse simple de Kobner*. Un frère cadet, également atteint, a d'ailleurs guéri à la puberté. Bien que, dans ce cas, chaleur et transpiration soient seules en cause, comme chez le malade de Gougerot et Blum, en 1934, on note une porphyrinurie appréciable de 180 γ par litre (Malangeau), sans hyponicotinamidurie marquée (904 γ par litre : Raoul). La sensitométrie montre néanmoins l'efficacité de la vitamine PP, en tant qu'antiphotocataly-

seur. A six reprises successives, le processus bulleux est déclenché par l'antergan, ingéré ou injecté. Une dernière intramusculaire de deux ampoules de cet anti-histaminique, aboutit en outre, dans la huitaine, à l'issue d'un *zona lombo-abdominal* typique ($D^8.D^{10}$).

Et cela bien que les recherches de Ungar et Parrot aient démontré le rôle de l'histamine dans la vésicule zostérienne, et que Weissenbach et Lévy-Franckel, Pellerat et Badel, aient respectivement soulagé leurs patients par des intradermiques d'imidazol-éthylamine, ou l'administration d'un antihistaminique de synthèse,

M. Flandin. — Pour pouvoir affirmer qu'au cours d'une éruption bulleuse, une éruption est un zona et non une éruption zostériforme, il faudrait avoit fait l'inoculation à la cornée du lapin ou du cobaye.

A propos d'un cas d'eczéma solaire. Echec d'un anti-histaminique, et succès de l'auto-ouro-thérapie, par MM. Jausion, Calop et Carlier.

Une patiente de 44 ans, sans antécédents significatifs, accuse, depuis 2 ans, des poussées réitérées d'eczéma solaire, sur les régions cutanées découvertes, et notamment au niveau du masque phototraumatique. Chaque épisode, marqué par une énorme fluxion épidermique, suivie d'exosérose intense, et de desquamation ultérieure, se déroule en 7 jours environ. Les atteintes les plus accusées coïncident ordinairement avec les soleils les plus froids, et les spectres les plus décompensés. Il n'y a aucune porphyrinurie (Malangeau). La nicotinamidurie est subnormale (914 γ par litre : Raoul), l'histaminémie post-prandiale est de 85 γ (Durel). Les épreuves sensitométriques se singularisent par un très gros érythème primaire, calorique, que paraît accroître la nicotinamide. Mais le seuil d'actinite est, par contre si bas situé, que pour les temps d'érythème les plus courts, intervient aussitôt l'exosérose. Antiphotocatalyseurs, vitamine PP, 2339 RP, ne peuvent, ni protéger, ni soulager, la patiente. Par contre, une seule auto-ouro-thérapie suffit à lui rendre un épiderme normal, que maintiennent les interventions ultérieures.

Nonobstant la part de l'histaminergie dans l'actinite, fait que nous avons d'abord invoqué, puis rappelé, lors des récentes communications de MM. Gougerot et Graciansky ; en dépit du lien dénoncé par Gajdos et Hochwald, entre choc histaminique et porphyrinurie, il faut croire, avec J.-L. Parrot et J. Lefebvre (*Biol.*, déc. 1943) à l'existence, dans les lucites, d'un *type général de réaction cutanée distincte de la réaction histaminique*. Et ce fut sans doute ici le mérite de l'auto-ourothérapie, que d'y obvier efficacement.

Chancre syphilitique du dos avec triple adénopathie, par M. Karatchentzeff (présenté par M. Milian).

Le 8 mai 1944, une malade consulte pour une ulcération du dos datant de 18 jours environ.

A l'examen : au niveau de l'apophyse épineuse de la 2e vertèbre dorsale une érosion absolument ronde, dessinée au compas, de dimension d'une pièce de 1 franc, à centre diphtéroïde, entourée d'une zone rosée d'une petite paume de main.

L'ultra est positif à la périphérie de cette ulcération ; nombreux staphylocoques dans le centre diphtéroïde.

Ce qui est intéressant :

1° La douleur spontanée et à la palpation assez aiguë surtout au niveau de l'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale ;

2° Triple adénopathie : *a*) deux gros ganglions durs et mobiles dans le creux sus-claviculaire gauche ; *b*) un ganglion identique à la partie interne de la fosse sus-épineuse droite ; *c*) un gros et douloureux ganglion rétro-axillaire droit ;

3° Son siège, qui est dû probablement à un baiser, la malade ne peut donner aucune précision à ce sujet, car il s'agit d'une fille de maison ;

4° Enfin, les réactions sérologiques sont fortement positives.

COMMUNICATIONS

Statistique de la sulfamidothérapie dans les érythrodermies, par MM. H. Gougerot, Lesourd, Courjaret et A. Paraf.

Continuant le traitement des érythrodermies arsenicales et auriques par les sulfamides, nous avons eu cinq nouveaux échecs : 142.088, 141.839, 142.269, 142.637 (or) et un cas de mort 142.612.

Chez le 141.279 atteint d'érythrodermie bénigne, il est possible que les sulfamides aient agi.

Un témoin, 142.150, atteint d'une érythrodermie bénigne a guéri dans le même laps de temps, sans recevoir de sulfamides.

Traitement de la syphilis récente par le Fontarsol. Une série de 100 cas, par MM. P. Durel et J. Ch. Guillemin.

Voici, avec la posologie que nous avons proposée (20 injections, quotidiennes, à 0 gr. 12) les résultats que nous avons obtenus :

Disparition des tréponèmes (sur 38 chancres et 4 Σ^2).

Après la première injection (1/2 dose) : 10.

Après la 1re ou la 2e	? 15 ?	Après la 2e seulement		7
» la 2e ou la 3e	? 4 ?	» la 3e	»	7
» la 2e, la 3e ou la 4e	? 1 ?	» la 4e	»	1

Les chiffres entre ? correspondent aux cas où l'examen n'a pas été journalier et où il y a une incertitude sur le moment exact de la disparition.

Disparition complète des lésions	Sur 52 Σ^1	Sur 17 roséoles	Sur 17 Σ^2 papuleuses (1)
Avant 10 jours	19	11	
Entre 10 et 20 jours	29	6	9
Entre 20 et 30 jours	4		8

Négativation de la sérologie. — Sérologie négative au départ : 29 fois ; restée négative en fin de série : 29 fois (4 crochets à H^1 ou H^4 pendant la série).

Sérologie négativée en 25 jours : 17 fois. Entre 25 et 50 jours : 38 fois,

Restée positive après 50 jours : 16 fois (11 négativée par la suite du traitement en 1 à 6 mois, sans nouvelle des autres cas).

La réaction de Kahn est plus résistante. Les Bordet-Wassermann irréductibles au 914 semblent également résistants.

Incidents. — Statistique enregistrant le moindre des incidents (lorsque deux incidents se produisent chez un même malade, ils sont mentionnés deux fois, si bien que les 57 incidents ne concernent que 42 malades) :

Douleur le long de la veine	15
Choc dentaire	8
Nausées ± vomissements	13
Poussée fébrile	4
Érythème	9
Céphalée, malaise	5
Ictère (doute sur origine)	2 ?
Œdème passager de la face	1

Ces phénomènes, s'ils ne sont pas rares, gardent le caractère d'incidents bénins. Nous n'avons interrompu le traitement, par prudence, que quatre fois.

(1) En cas de pigmentation celle-ci persiste 1 à 2 mois.

Syphilis secondaire traitée pendant cinq mois. Arrêt du traitement. Récidive sérologique, par MM. Lucien Périn et H. Payenneville.

Mlle L. G..., hospitalisée à Saint-Lazare pour syphilis secondaire du 6 mai au 7 juillet 1942, reçoit pendant son séjour dans le service, 5 gr. 85 de novarsénobenzol et 18 bivatol. Bordet-Wassermann fortement positif le 5 mai, négatif le 17 juin 1942 (Hecht —, Kahn —). Elle reçoit ensuite au Dispensaire T. Barthélemy, du 21 juillet au 18 octobre 1942, une deuxième cure arséno-bismuthique (5 gr. 70 de novarsénobenzol et 17 bivatol) après laquelle elle disparaît.

Nous ne la revoyons que le 7 février 1944 où le hasard d'une rafle la ramène à Saint-Lazare porteuse d'une séro-réaction positive sans accidents cliniques. Il nous est possible ainsi de reconstituer son histoire :

Elle s'est présentée en novembre 1942 à l'Institut Prophylactique en vue d'y continuer son traitement. Là, sur la constatation d'une séro-réaction de Vernes et d'une ponction lombaire négatives, le conseil lui a été donné de ne plus se traiter et de rester en surveillance sérologique. Six séro-réactions de Vernes, échelonnées de novembre 1942 à octobre 1943, sont demeurées négatives. En novembre 1943, Vernes positif sans signes cliniques. Le traitement a été alors repris sous forme de cyanure de Hg, Quinby et acétylarsan, de novembre 1943 à février 1944, date où elle a été de nouveau hospitalisée.

Les observations de ce genre ne sont pas rares et méritent de retenir l'attention. Le docteur A. Vernes à qui nous avons rapporté le cas, suggère l'hypothèse d'une réinfection syphilitique subie par la malade en novembre 1943, ce qui justifierait à ses yeux l'abstention thérapeutique conseillée. Cette hypothèse n'a pas été vérifiée par la constatation d'un nouveau chancre, et il paraît difficile d'admettre qu'un traitement de cinq mois ait suffi à assurer la guérison de notre malade. Nous pensons plus simplement qu'il s'agit d'une récidive sérologique tardive due à un traitement insuffisamment prolongé, et nous y voyons une preuve de plus qu'il ne faut pas se fier à une séro-réaction ou à une ponction lombaire négatives pour interrompre le traitement d'assaut de la syphilis en deçà des limites habituellement admises.

Syphilis secondaire demeurée contagieuse après sept mois de traitement. Considérations thérapeutiques et épidémiologiques, par MM. Lucien Périn et E. Lafontaine.

Le hasard d'une enquête épidémiologique nous a permis de dépister comme agent contaminateur d'un de nos malades atteint de chancre syphilitique récent, une femme atteinte de syphilis secondaire en juillet 1943 et régulièrement traitée depuis cette date dans un des dispensaires de l'Institut Prophylactique. Le traitement qu'elle a reçu a été le suivant :

— du 10 juillet au 22 juillet 1943, 7 cyanure de Hg + 3 novar (15, 30, 45) ;
— du 24 juillet au 16 août, 8 bismuth Fraisse ;
— du 20 août au 6 septembre, 6 arsénomyl (doses non précisées) ;
— du 10 septembre au 24 septembre, 7 cyanure de Hg ;
— du 28 septembre au 8 octobre, 4 bismuthoïdol ;
— du 10 octobre au 18 octobre, 3 cyanure de Hg ;
— du 22 octobre au 6 novembre, 6 bismuthoïdol ;
— du 8 novembre au 22 novembre, 6 acétylarsan ;
— du 26 novembre au 12 décembre, 7 cyanure de Hg ;
— du 16 décembre au 31 décembre, 7 bismuthoïdol ;
— du 2 janvier 1944 au 26 janvier, 7 acétylarsan ;
— du 30 janvier au 4 février, 4 cyanure de Hg ;
— du 8 février au 28 février, 6 bismuthoïdol.

Cette femme qui avait contaminé notre malade dans la période comprise entre le 15 décembre 1943 et le 15 janvier 1944, présentait encore le 29 février 1944 des érosions vulvaires et une séro-réaction de Bordet-Wassermann fortement positive (Hecht +++, Kahn +++). Les séro-réactions de Vernes pratiquées à cette période avaient donné les résultats suivants : 17 (Péréthynol A) le 28 novembre et le 28 décembre 1943 ; 0 (négatif) le 30 janvier 1944 ; 24 le 28 février 1944.

Les traitements de cet ordre ne risquent-ils pas de créer des syphilis résistantes ? Du point de vue prophylactique, ne sont-ils pas de nature à entraîner des conséquences dangereuses ? Cette observation montre en tout cas l'utilité des enquêtes épidémiologiques, car c'est grâce à l'une d'elles que la contagiosité de la malade a été dépistée.

La Communimation de M. Périn *fut suivie d'une discussion, qui amena la Société à l'adoption du vœu suivant :*

VŒU

La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, devant les insuffisances de traitement de syphilis récentes dont les observations de M. Périn sont des exemples entre d'autres, émet à nouveau *à l'unanimité* le vœu que les médecins se rapprochent le plus possible, sauf contre-indications spéciales des directives votées dans la séance spéciale du 26 mars 1942, à l'unanimité des membres présents, admises par la Commission des Maladies Vénériennes du Conseil d'Hygiène de France à l'unanimité de ses membres dans la séance du 17 février 1943 et parues dans le *Bulletin de l'Ordre national des Médecins* (septembre 1943, p. 107).

Elle rappelle en particulier la nécessité de pratiquer un traitement intensif pendant une durée minima de 9 mois quelle que soit la période de la syphilis à laquelle le traitement ait été commencé — de s'abstenir des arsenicaux pentavalents dans le traitement d'assaut — d'employer des médicaments à doses suffisamment élevées et rapprochées, sous réserve de la tolérance des malades (pour les sels bismuthiques au minimum deux milligrammes de bismuth métal par kilogramme de poids du sujet par semaine) (donc au moins 12 à 15 milligrammes de bismuth métal par kilogramme pour la série totale).

En raison des erreurs de diagnostic sérologique résultant de l'emploi d'une seule méthode, la Société rappelle les conclusions émises à la suite des enquêtes sérologiques de la Société des Nations, montrant la nécessité de recourir simultanément dans tous les examens à deux méthodes au moins, l'une de fixation du complément, l'autre de floculation ou d'opacification, et non à une seule méthode exclusive.

La fin du compte rendu de cette séance paraîtra dans le n° 7-8, de 1944.

Le Secrétaire de séance :

Et. Lortat-Jacob.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE FILIALE LYONNAISE

SÉANCE DU 27 JANVIER 1944

Présidence de M. le Professeur J. Gaté.

Toxidermie vésiculo-bulleuse à type d'ectodermose pluri-orificielle consécutive à l'absorption de Cryogénine, par M. J. Gaté et Mlle Simonet.

Nous rapportons l'observation assez intéressante d'un homme de 28 ans que nous avons vu en décembre dernier pour des lésions vésiculo-bulleuses de la cavité buccale, de la région sous-nasale, des commissures palpébrales, du fourreau de la verge. C'était la troisième poussée analogue que présentait le malade. L'aspect des lésions, leurs localisations nous firent poser le diagnostic d'ectodermose pluri-orificielle décrite pendant la dernière guerre par N. Fiessinger et Rendu et qu'on considère assez communément comme une forme clinique de l'érythème polymorphe bulleux. Quelque temps après le même malade faisait une quatrième poussée absolument comparable aux précédentes; mais cette fois il vint nous signaler que chaque poussée suivait l'absorption de cryogénine. Il s'agissait donc d'une toxidermie bulleuse à type d'ectodermose pluri-orificielle. Ce cas nous a rappelé l'observation d'une malade que l'un de nous a suivie jadis avec M. Nicolas et qui présentait un érythème polymorphe bulleux toutes les fois qu'elle prenait de la cryogénine.

Épithélioma spino-cellulaire de la plante du pied consécutif à une lésion érosive et eczématiforme de longue durée, par MM. J. Gaté, P. Bondet et R. Vachon.

Nous présentons l'observation (15.166) d'un malade qui fit deux séjours successifs dans le service, ce qui permit de suivre l'évolution de ses lésions.

Au premier séjour, le malade présentait une érosion d'allure franchement mycosique de la plante du pied et des examens mirent en évidence des éléments leucociformes indiscutables. Le malade est renvoyé avec le traitement classique.

Il revient 1 an 1/2 plus tard : à la périphérie la lésion garde son caractère mycosique, mais au centre est apparu un volumineux bourgeon d'allure franchement néoplasique. A la biopsie, épithélioma spino-cellulaire. Il s'agissait très probablement au départ d'un épithélioma pagétoïde simulant une mycose.

Indications thérapeutiques des anti-histaminiques de synthèse en dermatologie, par MM. J. Gaté, P. Cuilleret et J. Pellerat.

Une expérimentation portant sur plus de 200 cas nous permet de dégager les conclusions suivantes :

1° La posologie du 2339 RP (Antergan) doit être adaptée à chaque cas. La dose quotidienne moyenne de 0 gr. 60 environ variera suivant la tolérance, le résultat thérapeutique, l'allure évolutive de l'affection. La durée du traitement variera de quelques jours à plusieurs mois.

2° Indications majeures : l'urticaire alimentaire, l'œdème de Quincke, le pru-

rigo infantile. Action plus inconstante dans les autres variétés d'urticaire. Excellente action dans les dermites artificielles d'origine externe.

3° L'action antiprurigineuse est manifeste sur un grand nombre de dermatoses (prurits essentiels généralisés ou localisés. Prurits post-parasitaires. Prurits accompagnateurs de dermatoses variées). Action sur l'éruption et les phénomènes subjectifs du zona. Le 2339 RP constitue un médicament très intéressant pour le dermatologiste.

L'histamine en dermatologie, par MM. J. Gaté, J. Pellerat, M. Badel et Mlle Murat.

Il nous a paru intéressant de reprendre le problème des rapports existant entre l'histamine et différentes dermatoses. Des dosages ont été effectués dans le sang, l'urine et quelquefois dans le liquide des bulles chez 70 malades au moyen de la méthode de Code (1). Nous avons par ailleurs tenu compte de l'effet thérapeutique du 2339 RP dans l'interprétation de nos résultats. Dans l'urticaire, il semble bien démontré que l'histamine intervient fréquemment mais il paraît abusif d'accepter pour toutes les variétés une pathogénie histaminique unique. Dans les dermites artificielles, l'histamine joue un rôle très important. Dans les autres variétés d'eczéma, l'histamine paraît responsable du prurit et de l'œdème. L'histamine paraît jouer un rôle dans le déterminisme de l'éruption zonateuse et la maladie de Dühring-Brocq. Dans la pathogénie des prurits l'histamine intervient très fréquemment aussi bien dans les prurits essentiels que dans les dermatoses prurigineuses.

Sur un cas d'hémoptysie et un cas d'urticaire généralisée après anurie par sulfamides, par MM. J. Gaté, J. Duverne et J. Pellerat.

1° Blennorragie. Anurie après 20 grammes de Thiazomide, 3 jours après, hémoptysie alors que le rein était débloqué. Des radiographies en série montrèrent qu'il s'agissait d'un épisode congestif transitoire.

2° Blennorragie. Échec de 5 cures de Thiazomide en un mois. Intolérance digestive. Anurie après 10 grammes de Dagénan. Urticaire généralisée et hématurie au début de la reprise de la diurèse, avec forte élévation de l'histaminémie.

Dans les deux cas l'intervention du système autonome paraît démontré. Les observations rappellent les faits expérimentaux mis en évidence par Reilly.

Poussées aiguës de lépromes nodulaires et bulleux à la suite d'un traitement à l'Hyrganol chez une malade soignée depuis 15 ans pour une maladie de Hansen (Travail de la Clinique Dermatol. Pr J. Gaté), par MM. P. Cuilleret, J. Coudert et R. Bonnayme.

Cette observation nous a semblé intéressante à rapporter à plusieurs points de vue : 1° tout d'abord par le silence clinique qui, pendant 15 ans a marqué l'évolution de cette lèpre ; 2° par le fait que cette poussée s'est produite après la 25e piqûre d'un traitement à l'Hyrganol ; 3° enfin par l'analogie complète de cette poussée avec la précédente, datant de 1931, où on avait noté associés aux lépromes des signes de bronchite graves. Cette bronchite a peut-être déclanché la poussée actuelle. Nous avons utilisé les sels de cuivre et nous avons assisté à la rétrocession rapide des signes cutanés et des signes pulmonaires. Lors de la première poussée les lépromes continuaient à évoluer. Septicémie hansénienne mise en évidence par le myélogramme.

(1) M. Badel. Contribution à l'étude de l'histamine en dermatologie. *Thèse de doctorat en pharmacie*, Lyon, 1944.

Gomme ulcérée de la région médio-claviculaire à évolution particulièrement rapide (Travail de la Clinique dermatologique de l'Antiquaille. Pr J. Gaté) (fiche no 19.473), par MM. P. Cuilleret et R. Bonnayme.

Cette ulcération s'est développée en un mois et demi et était entourée d'un rempart périphérique induré. Elle faisait corps avec le S. C. M. et la clavicule réalisant un aspect de la syphilis tertiaire régionale de A. Favre. Malgré les réactions sérologiques négatives, un traitement antisyphilitique amène la guérison en trois semaines.

Ulcération tuberculeuse de l'aisselle consécutive à une ostéite costale tuberculeuse (Travail de la Clinique dermatologique de l'Antiquaille. Pr J. Gaté) (obs. 19.477), par MM. Cuilleret et R. Bonnayme.

Il nous a semblé intéressant de présenter devant la Société ce cas de lésion ulcéreuse de l'aisselle dont le tableau était voisin de celui rapporté ci-dessus. Mais la présence de trajets fistuleux conduisant profondément jusqu'à la 3e côte nous fit porter le diagnostic de lésion tuberculeuse qui se trouva confirmée par la radiographie et l'inoculation au cobaye.

Trois cas de mélanose de Riehl (Travail de la Clinique dermatologique. Pr J. Gaté) (obs. nos 19043-19351-19600), par MM. P. Cuilleret et R. Bonnayme.

Les trois malades que nous avons l'honneur de présenter à la Société ont tous trois une mélanose de Riehl typique. Pour deux d'entre eux, nous retrouvons à l'origine la manipulation d'huiles industrielles impures, et dans ces cas le début de la pigmentation se fit par les mains. Pour le troisième cas, aucune étiologie nette et début par la face. Au niveau des mains il n'existe pas dans ce cas de lésion ostéofolliculaire.

Réactions glanglionnaires volumineuses dans un cas de mycosis fongoïde à forme tumorale après téléradiothérapie (Travail de la Clinique dermato-vénéréol. Pr J. Gaté), par MM. P. Cuilleret et R. Vachon.

Observation d'un malade atteint de mycosis fongoïde, dont le diagnostic fut porté en 1939 par M. Touraine, à Paris, après vérification histologique.

Ce malade arrive avec de larges placards érythémateux très saillants, très infiltrés et très ulcérés (fiche n° 18.955). Il est mis au novar et à la téléradiothérapie. Sous l'action de cette thérapeutique, les placards s'aplanissent et se cicatrisent ; mais surtout on voit apparaître dans la région inguinale, des deux côtés, d'énormes masses ganglionnaires, indolentes et dures, d'allure franchement hodgkinienne. Étant donné les rapports de ces deux affections, une biopsie est pratiquée. Mais la réponse fut purement inflammatoire : infiltration lympho-plasmocytaire avec nombreux monocytes, mais pas de fibrose, de cellules de Sternberg, ni d'éosinophiles.

Le malade quitte le service très amélioré, mais conservant ses masses ganglionnaires. Nous n'avons pas actuellement de ses nouvelles.

Syphilis carpienne curieuse chez un hérédo-syphilitique, par MM. Clavel, P. Bondet et R. Vachon.

Adolescent de 15 ans, présentant une tuméfaction dure et douloureuse du dos du poignet. La radiographie révèle un os crochu dont la corticale est soufflée autour d'une cavité contenant un séquestre. L'intégrité des autres os du carpe et des articulations permet d'éliminer la nature tuberculeuse et fait penser à la possibilité d'une lésion d'hérédo-syphilis. Un traitement d'épreuve par le sirop de Gibert amène en quelques jours la disparition de la tuméfaction cutanée et surtout des phénomènes douloureux. Pas de modifications de la lésion osseuse.

Syphilis tertiaire épithéliomatiforme du col utérin, par M. P. Cuilleret.

Femme de 58 ans traitée en 1918 pour une syphilis secondaire floride (roséole, plaques muqueuses buccales, condylomes ano-vulvaires) par 4 injections de novarsénobenzol (0,15, 0,30, 0,45 et 0,60). Blanchiment à la suite de ce traitement. Aucune autre thérapeutique jusqu'en novembre 1943, époque à laquelle la malade se plaignant de pertes rouges survenues depuis plus d'un an vient consulter. On lui trouve un col utérin énorme, très dur, bourgeonnant par endroit et saignant abondamment au moindre contact. Aucune réaction ganglionnaire externe ou interne perceptible. Utérus très mobile. Aucun phénomène fonctionnel. État général excellent. Sérologie sanguine très positive. On commence un traitement au bismuth associé à l'iodure. Dès la dixième injection de bismuth, l'aspect du col est totalement transformé ; les hémorragies cessent. La cicatrisation s'amorce.

Huilomes géants des deux cuisses, par M. P. Cuilleret.

Homme de 60 ans ayant reçu il y a 40 ans pour une bacillose pulmonaire aiguë des séries alternées d'injections sous-cutanées de cacodylate de soude et de paratoxine (1909-1911). Quinze ans après, apparition aux points d'injections (face externe des cuisses) de petites tumeurs dures et douloureuses qui grossissent peu à peu et finissent par former deux vastes placards entourant toute la partie externe de chaque cuisse de la région trochantérienne au genou à la façon d'une gouttière plaquée sur le membre. Ces tumeurs occupent toute l'épaisseur du derme et sont très mobiles sur les plans profonds. Gêne fonctionnelle importante et poussées de température d'apparition récente correspondant à la formation de collections liquides au sein de la tumeur, qui s'ouvrent spontanément en donnant issue à un liquide hématique mêlé d'huile. A la biopsie, on trouve un tissu lardacé, et l'huile suinte abondamment : sous l'épiderme et très profondément, le tissu conjonctif est devenu une substance amorphe sans structure avec fragmentation ; les vaisseaux sont complètement obturés ; il n'existe plus de noyaux ni de cellules : sclérose totale. Une préparation à l'acide osmique est en cours pour mise en évidence des dépôts huileux. Le 14 février, on pratique l'exérèse chirurgicale de la tumeur de la cuisse gauche : ablation totale et suture *per primam*. La tumeur enlevée pèse 800 grammes et est constituée d'un tissu très dense, lardacé, de coloration jaune rosé laissant à la coupe des multiples géodes remplies d'huile.

Un cas d'érythème polymorphe chez un jeune enfant indemne de toute infection tuberculeuse, par M. P.-J. Michel.

Érythème polymorphe extrêmement caractéristique intéressant le visage, les mains, les avant-bras, les membres inférieurs (vastes plages érythémato-papuleuses avec margination presque vésiculeuse) apparu chez un enfant de 3 ans 1/2 en dehors de toute circonstance étiologique particulière. Rhino-pharyngite ancienne avec ganglions cervicaux tuméfiés ayant subi une grosse poussée à l'occasion de l'enanthème pharyngé qui marque le début de l'affection. Une radiographie pulmonaire montre l'intégrité absolue des poumons et des hiles. Aucun signe de primo-infection. Les réactions à la tuberculine sont complètement négatives. Évolution très rapidement favorable. Régression rapide des ganglions qui subsistent cependant partiellement en rapport avec des végétations du cavum. L'enfant est revu plus d'un mois après. La cuti et la percuti demeurent négatives. De tels faits s'inscrivent contre la théorie soutenue par certains d'après laquelle l'érythème polymorphe serait toujours en rapport avec un processus tuberculeux.

Un cas particulièrement accentué de pigmentation du visage, par M. P.-J. Michel.

Pigmentation du visage et du cou en taches irrégulières, sans caractère réticulé ni atrophique, de teinte bleu violacé rappelant l'argyrie, apparue depuis 5 ans, donc avant les restrictions actuelles, mais augmentant considérablement depuis 2 ans. Début ayant coïncidé avec l'ingestion de capsules de lipiodol (?), les lésions commencent par un érythème secondairement pigmentogène par périodes très prurigineux. Atteinte plus discrète du dos des mains et des avant-bras ; rien sur le reste des téguments ni sur les muqueuses. Excellente santé générale. Nervosisme. Aucun facteur professionnel ; aucune application externe pouvant être incriminée.
Des recherches plus précises ont été effectuées (Dr Pellerat) : histaminémie normale, dosage des phénols normal mais technique peut-être encore insuffisamment au point, réaction de Hymans Van den Berg (Bilirubine) : taux normal, dosage des vitamines A dans le sang, des vitamines B et C dans l'urine, taux normal ; seul le cholestérol sanguin qui s'était déjà montré l'an dernier à 3 gr. 08, reste à un taux normal : 2 gr. 60. Ainsi qu'il arrive fréquemment la pathogénie de ce curieux processus pigmentaire reste dans le cas particulier très mystérieux.

Résultats remarquables obtenus dans le traitement du lupus tuberculeux par l'association vitamine D_2 (à doses massives) et gluconate de chaux, par MM. P.-J. Michel et J. Pellerat.

L'association calcium et vitamine D_2 à doses fortes donne des résultats thérapeutiques absolument remarquables dans le lupus nodulaire tuberculeux dont les lésions régressent en quelques semaines en même temps que l'état général s'améliore. Il persiste fréquemment cependant quelques micro-nodules grisâtres. Régression également nette et parfois disparition complète des adénopathies et des lésions associées de scrofuloderme. Dans les autres formes de tuberculose cutanée notre expérience est encore insuffisante ainsi que dans les tuberculides, l'expérimentation est à poursuivre. A noter quelques résultats déjà favorables dans certains cas de gommes tuberculeuses.

Un cas de vulvite diphtérique (Travail de la Clinique dermato-vénéréologique de l'Antiquaille. Pr J. Gaté), par MM. P. Bondet et R. Vachon.

Nous présentons l'observation d'une fillette qui fut hospitalisée dans le service pour une vulvite d'apparition brusque s'accompagnant de troubles de la miction. La région vulvaire était très rouge avec quelques dépôts blanchâtres. Tous les contrôles bactériologiques furent alors négatifs : pas de gonocoque, ni de muguet, ni même de Lœffler contrairement à ce que l'on attendait.
Trois jours plus tard, apparaît une angine ulcéro-membraneuse suspecte qui fait diriger la malade au service des contagieux de Grange-Blanche. Les prélèvements pharyngés et vulvaires se montrent alors indiscutablement positifs. Le traitement sérothérapique amène une guérison rapide et complète.

Procédé simple pour le dépistage des sulfamides dans l'urine, par M. J. Pellerat et Mlle Murat.

M. Vanhaecke a mis en évidence la propriété que présente les papiers de bois préalablement imbibés d'acide à donner une réaction colorée orange en présence d'urines contenant des sulfamides. La simple acidification des urines sulfamidées par quelques gouttes d'HCl concentré permet d'obtenir cette réaction avec un papier de bois quelconque. La réaction colorée obtenue avec les papiers préparés par le réactif d'Ehrlich en solution sulfurique (réactif de Werner) est très sensible et permet de détecter des concentrations très faibles de sulfamides (2 milligrammes o/o). Ce procédé très simple peut rendre service à divers titres, dans la pratique médicale.

Les Assurances sociales et le traitement de la syphilis, par M. G. Massia.

On sait que les assurés qui travaillent ont droit à deux ans de soins consécutifs (art. 6, parag. 16); il semble que le législateur ait conçu ce paragraphe de la loi pour certaines maladies chroniques, et en particulier pour la syphilis. Il en résulte que beaucoup de Caisses primaires appliquent la loi à la lettre, et refusent le traitement au bout de deux ans.

Tous les syphiligraphes sont d'accord pour ne pouvoir souscrire à cette conception; elle est contraire à toute prophylaxie antisyphilitique instaurée à grand peine depuis 1919; il est bien évident qu'on ne peut abandonner le traitement après deux ans, le malade fut-il assuré social. D'autre part, les assurés ont une tendance fâcheuse à se croire guéris au bout de deux ans de soins « puisque l'assurance le dit ».

La prophylaxie de la syphilis ne peut être mise en échec par cette façon de procéder. Il faut reconnaître que de nombreuses Caisses font en sorte que les malades soient traités, mais pas toutes.

Dans la pratique actuelle, que ce soit par computation des périodes de soins, ou en considérant les séries de piqûres après deux ans comme dirigées contre un fait nouveau dans une maladie chronique, en raison de la production éventuelle d'un accident, on arrive généralement à pouvoir faire accepter le traitement à la Caisse-Maladie. La dépense de deux ou trois séries d'injections par an, est d'ailleurs minime. Néanmoins, il serait souhaitable d'avoir une solution définitive à ce sujet.

La filiale lyonnaise de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie dans sa séance du 27 janvier 1944, après avoir entendu la communication du Dr Massia sur : « Les assurances sociales et le traitement de la syphilis » s'associe pleinement aux conclusions de cet auteur. Elle déplore que dans l'état actuel des choses, les assurés sociaux ne puissent bénéficier du remboursement de leur traitement pendant les nombreuses années où celui-ci est nécessaire. Elle est d'accord pour déclarer que ce comportement est susceptible de nuire à la prophylaxie de la syphilis et souhaite la mise au point de nouvelles dispositions qui permettraient à ces malades de profiter des avantages de la loi pendant toute la durée de leur traitement.

Elaiokoniose des membres supérieurs et mélanose de Riehl du visage, par MM. H. Thiers, Racouchot et Gallet.

L'intérêt de ce malade est que l'on assiste aux avant-bras, à une transition entre l'élaiokoniose et la mélanose, comme si une même cause tendait à produire ces deux ordres de lésions suivant le lieu d'application de l'agent irritant (huile minérale) et surtout suivant la dose agissante. Le malade était en plus hypotendu et asthénique.

Lichénification avec mélanose du cou et des membres supérieurs, par MM. H. Thiers, Racouchot et Gallet.

A la suite de l'application d'un savon irritant apparaissent érythème et prurit qui évoluent vers une lichénification banale mais d'une couleur ardoisée étrange avec de petits îlots arrondis de peau saine non lichénifiée. Aucun autre signe. Évolution favorable par le goudron.

Nésosalvarsanides polymorphes : hyperkératose folliculaire, pigmentation de la muqueuse jugale, macules érythématopigmentées à tendance atrophiante et alopéciante du tronc, de la face et des membres supérieurs, par MM. H. Thiers, Racouchot et Gallet.

Les accidents déclenchés par une posologie trop forte ont commencé par du spinulosisme; pas d'As dosable dans les cheveux; intradermo-réaction au novar faiblement positive.

Traitement de l'érythème noueux par la sulfathiourée, par MM. H. Thiers, Racouchot et Gallet.

Action abortive en 24 heures de la sulfathiourée dans deux cas d'érythème noueux, l'un lié à une surinfection tuberculeuse, l'autre d'étiologie inconnue.

Syphilis secondaire résistante au muthanol, sensible au néocardyl. Echec de l'épreuve de la leucocytoréaction, par MM. H. Thiers, Racouchot et Gallet.

Une femme atteinte de syphilis secondaire contamine son mari qui se présente avec un chancre au début. Alors que chez lui le muthanol, bien supporté, a son action habituelle, chez la femme il provoque une grippe bismuthique et, à la 9e injection, les syphilides peu modifiées fourmillent de tréponèmes. Le bivatol guérit rapidement ces lésions. Le muthanol inefficace comme le bivatol actif ont provoqué la même leucopénie. Dans ce cas où le même virus était en cause, la résistance médicamenteuse était le fait du terrain et le médicament a échoué là où il était mal supporté.

Erythrodermie aiguë infectieuse mortelle avec adénopathies inflammatoires, par MM. H. Thiers, Racouchot et Gallet.

Érythrodermie d'allure infectieuse ayant évolué en plusieurs stades : d'abord érythème scarlatiniforme mais sans angine et avec polyadénopathie cervicale; après une courte régression, poussée fébrile avec adénopathie généralisée et gros foie alors que les manifestations cutanées discrètes restent localisées au visage; enfin nouvelle poussée fébrile avec météorisme abdominal, atteintes rénale et sanguine : fragilité veineuse, augmentation des temps de saignement et de coagulation sans hémorragies ni purpura. Mort probablement par septicémie terminale. Toutes les recherches bactériologiques ont été négatives. Biopsie ganglionnaire : état inflammatoire; pas de leucose.

Statistique des cas de syphilis 1943, par MM. H. Thiers, Racouchot et Gallet.

Femmes : 42; primaires : 11; contaminations prouvées : 4, 3 conjugales, 1 ami; non prouvées : 7. Syphilis secondaires : 31; contaminations prouvées : 11 dont 5 conjugales. Hommes : 41; primaires : 29. Contaminations prouvées : 12, 5 conjugales, 2 prostituées, 5 clandestines; non prouvées : 17. Syphilis secondaires : 12; contaminations prouvées : 4, dont 3 clandestines.

Nævus plan à topographie grossièrement radiculaire du membre supérieur avec hyperpulsatilité et spina bifida cervical occulta, par MM. H. Thiers, Girard et Vignon.

Nævus vasculaire plan à topographie radiculaire des membres inférieurs avec angiome du calcaneum, taches hépatiques, laxité cutanée discrète et syndrome endocrinien complexe et infantilisme, par MM. H. Thiers, Girard et Vignon.

Erythème noueux avec conjonctivite phlycténulaire déclenché par le thiazomide chez un ancien tuberculeux chirurgical, par H. Thiers, Racouchot et Vignon.

Nouveaux essais thérapeutiques du lupus tuberculeux, par M. J. Charpy (de Dijon).

La posologie proposée dans notre méthode personnelle du traitement du lupus, est empirique : il a paru légitime d'essayer un *traitement d'attaque plus intense et plus serré.* On donne (en même temps que du gluconate de Ca à doses moyennes) : 1re semaine, 3 doses de 15 milligrammes de vitamine D_2 (solution alcoolique) ; les 3 semaines suivantes, 2 doses par semaine ; enfin 1 dose par semaine, pendant les 4 mois suivants. Cinq malades ont été traités par cette posologie : *3 ont guéri en moins d'un mois.* Pour les deux autres, une séance de coagulation a été nécessaire. *Innocuité absolue.*

Au sujet du traitement du lupus tuberculeux, par M. J. Charpy.

La méthode de traitement du lupus proposée par nous (cf. séance du 2 juillet 1943) associe vitamine D_2 et Ca. Ces deux éléments n'ont pas la même valeur : le Ca n'est qu'un aliment, dont les régimes actuels sont presque totalement privés et qu'il faut fournir aux malades, régulièrement, à doses moyennes (laitages ; à défaut gluconate de Ca). L'originalité de la méthode et son efficacité consistent en l'établissement d'un *traitement d'attaque* court (3 à 6 mois) *par de très grosses doses de vitamine D_2.* On a 4 mois, pas davantage, pour obtenir les résultats. S'il persiste à ce moment des lupomes, une séance correcte de diathermocoagulation les détruit facilement et *définitivement* (guérison maintenue depuis 2 ans pour certains cas).

Les réactions tuberculiniques après traitement des lupus tuberculeux, par M. J. Charpy.

Onze malades lupiques, déjà éprouvés par cuti-réaction à la tuberculine (réactions positives), traités par la méthode personnelle (vitamine D_2 à très grosses doses + gluconate de Ca) sont éprouvés à nouveau 3 à 16 mois après leur guérison apparente (cuti-réactions à la tuberculine pure de l'Institut Pasteur). On obtient 9 réactions positives, et 2 *réactions totalement négatives* (à 2 épreuves successives à 15 jours d'intervalle). L'hypothèse d'une anergie n'est pas soutenable. Ces réponses négatives constituent un argument biologique important en faveur d'*une guérison définitive* des manifestations tuberculeuses de nos malades, sous l'influence de la méthode.

Malformation cranienne chez un hérédo-syphilitique, par MM. A. Devic et J. Duverne.

Les auteurs rapportent une observation et des radiographies d'un jeune homme de 16 ans, présentant des déformations du crâne et des mâchoires très accentuées, avec un retard intellectuel minime, une certaine lenteur d'idéation et quelques troubles du caractère d'apparition récente. Il existe d'autres signes d'hérédo-syphilis dystrophique indiscutables qui signent l'origine des déformations cranio-faciales, malgré l'absence d'antécédents cliniques et la négativité des réactions sanguines et dans le liquide céphalo-rachidien.

Syphilis acquise du crâne avec lésions radiologiques nettes, par MM. A. Devic et J. Duverne.

Les auteurs rapportent l'observation d'un adulte, sans antécédents notables, présentant pour tout symptôme une céphalée occipitale de date récente, violente et tenace, avec point douloureux occipital à la pression. Les réactions sérologiques sanguines sont positives. La radiographie crânienne montre une destruction osseuse, donnant un aspect vermoulu. Ils soulignent l'action très heureuse et rapide d'un traitement arsenico-bismutho-ioduré qui supprime les céphalées en quelques semaines. Ils rappellent à cette occasion les observations analogues rapportées dans la *Presse Médicale* de 1926 par MM. Leri et Cottenot.

Atrophie optique chez un hérédo, par MM. Devic, Duverne et Monnet.

Sujet de 21 ans envoyé par le Dr Badinand, de Mâcon, pour troubles psychiques et cécité. On ne sait rien de ses antécédents sinon que sa mère est morte et son père, un grand alcoolique « très abruti » aux dires des voisins, le malade étant incapable de rien préciser. Lui-même aurait fait ses chantiers de jeunesse et les troubles visuels dateraient de sa libération en janvier 1942. Le Dr Badinand pratique en avril une ponction lombaire qui montre 1 gramme d'albumine, 50 lymph. au millicube et une sérologie très positive. La vision persiste faiblement mais malgré un traitement cyanure Muthanol, la cécité progresse et les troubles mentaux apparaissent.

Le 7 mai 1942 le malade entre dans le service de neurologie dans un état réellement démentiel ne répondant à aucune question, urinant sur le lit d'examen, hurlant la nuit. Atrophie optique totale et cécité devenue complète. Malformations dentaires très nettes permettant d'affirmer les dents d'Hutchinson. Le malade présente rapidement une agitation qui impose l'internement.

En somme hérédo certaine, atrophie optique et méningo-encéphalite à évolution aiguë entraînant une démence complète. Les atrophies optiques syphilitiques sont d'apparition rare au-dessus de 20 ans, c'est ce qui nous a poussé à présenter ce cas.

Muguet vaginal au cours de la grossesse, par M. J. Duverne.

L'observation rapportée est celle d'une malade, enceinte de deux mois, ayant eu antérieurement une grossesse sans incidents, et présentant un muguet vaginal, typique cliniquement, et vérifié par le laboratoire, que le traitement classique ne parvient pas à faire disparaître complètement, la guérison ne paraissant pouvoir être obtenue qu'après l'accouchement.

Œdème chronique de la lèvre supérieure, par M. Minaire (de Saint-Etienne).

Malade de 35 ans présentant depuis 4 ans un œdème de la lèvre supérieure tenace, non prurigineux s'accompagnant parfois de poussées d'œdème sous-orbitaire.

Échec de tous les traitements de désensibilisation, et de l'Antergan. En 1940, on pense à une labialité tertiaire. Sérologie négative. Traitement d'épreuve. Aucun résultat. On soupçonne une poussée d'éléphantiasis streptococcique; le traitement sulfamidé à haute dose n'amène aucune régression.

Le Secrétaire :
P. J. Michel.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
FILIALE LYONNAISE

SÉANCE DU 30 MARS 1944

Président : Professeur J. Gaté.

Dermite eczématiforme survenue après une brûlure par application d'une pommade (pommade de Lucas-Championnère aux essences). Epidermo-réaction positive à cette pommade, par MM. J. Gate, P. Cuilleret et Vachon.

Les auteurs présentent l'observation (n° 20.064) d'une jeune fille qui, à la suite d'une brûlure du poignet fit des applications d'acide picrique, puis d'une pommade dite « pommade aux essences de Lucas-Championnière ». Vingt-quatre heures plus tard, elle présentait une réaction eczématiforme, qui se généralisa ensuite à tout le corps. L'épidermo-réaction à l'acide picrique est négative. Elle fut par contre nettement positive avec la pommade. Le traitement aux antihistaminiques de synthèse amène la guérison rapide de cette sensibilisation cutanée.

Urticaire chez un donneur de sang après transfusion, par MM. J. Gaté et P. Bondet.

Transfuseur de sang n'ayant jamais présenté de manifestations allergiques antérieures, présente 9 jours après une transfusion une urticaire généralisée. On ne trouve aucune cause notamment d'ordre alimentaire et on peut se demander s'il n'y eut pas une faute de technique dans la transfusion et passage de sang du receveur au donneur, ce qui pourrait expliquer cette urticaire apparue chez un donneur de sang 9 jours après une transfusion.

Gale et néphrite, par MM. J. Gate et R. Vachon.

Les auteurs présentent deux cas de néphrite aiguë typique survenue au cours de gale très infectée. Ils rappellent à cette occasion les différentes pathogénies des néphrites au cours de la gale : existence d'un poison acarien, toxique pour l'épithélium rénal et d'existence problématique. Intolérance au benzoate de benzyl survenant dans des circonstances bien spéciales et très exceptionnelles. *Infection cutanée* surtout.

Les deux observations s'inscrivent dans le sens de cette dernière hypothèse. Il paraît logique de penser que la cause essentielle et peut-être unique des néphrites au cours de la gale est bien l'infection cutanée qui complique toute gale ancienne.

Casus pro diagnosi. Dermatose prurigineuse des membres supérieurs et inférieurs à type objectif de parapsoriasis lichénoïde ou de poïkilodermie avec semis de lésions rappelant les angiokératomes de Mibelli, par MM. J. Gaté, P. Cuilleret et R. Vachon.

La malade présentée par les auteurs est atteinte d'une dermatose évoluant depuis plusieurs mois, très prurigineuse, localisée surtout aux membres supérieurs et infé-

sieurs, très polymorphe et réalisant objectivement le tableau d'un parapsoriasis lichénoïde, voire même d'une poïkilodermie atypique avec un véritable semis de lésions rappelant les angiokératomes de Mibelli. Sédimentation sanguine augmentée. Éosinophilie sanguine. Lésions cutanées et ganglionnaires de réticulo-endothéliose péri-vasculaire. Éosinophilie de la moelle osseuse sans plus. Le cas est difficile à classer.

Deux cas de « granulosis rubra nasi » chez le frère et la sœur, par MM. J. Gate, P. Bondet et M. Cadeac.

Les auteurs présentent deux cas de *granulosis rubra nasi* qui sont apparus dans la même famille à des stades différents. Chez le frère qui a 6 ans tout se borne à un érythème discret apparu au début de l'hiver, localisé à l'extrémité du nez. Chez la sœur âgée de 4 ans, la lésion survenue en août 1943 s'est maintenue depuis avec des variations d'intensité : au niveau d'une zone érythémateuse on note quelques papules miliaires avec transsudation de quelques gouttelettes de sueur. Ce sont ces caractères uniquement marqués chez la fille qui ont permis d'établir le diagnostic.

Au point de vue étiologique, à retenir chez le garçon un abcès froid de la hanche, à l'âge de 13 mois. A part cela, cliniquement et radioscopiquement nous n'avons trouvé chez ces deux enfants aucune suspicion de bacillose pulmonaire. Ni engelures, ni acro-cyanose.

Gangrène superficielle à pneumocoques de la région vulvaire, par MM. P. Cuilleret et R. Vachon.

Il s'agit d'une malade de 25 ans (obs. 19.917) qui présente une ulcération vulvaire irrégulière, assez profonde, très douloureuse, évoluant depuis près de deux mois, sans aucune tendance à la guérison.

Par élimination successive, on a pu porter le diagnostic de *gangrène cutanée* et on a pu mettre en évidence le microbe en cause : il s'agissait de pneumocoques, nombreux à l'examen direct et poussant à l'état pur sur milieux de culture. Les sulfamides locaux amènent actuellement la guérison.

Urticaire par Antergan, par MM. P. Cuilleret et J. Pellerat.

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade atteinte d'eczéma professionnel et qui bénéficia remarquablement de l'Antergan (disparition du prurit et atténuation des lésions cutanées) lorsque le 15e jour du traitement (o gr. 80 pendant 10 jours, o gr. 60 pendant 5 jours) elle présenta une urticaire aiguë généralisée très prurigineuse. Le traitement antihistaminique poursuivi pendant 2 jours resta sans action sur cette nouvelle manifestation qui disparut spontanément en 2 jours après arrêt du traitement. Histaminémie 310 γ. Un nouvel essai de l'Antergan pratiqué quelques jours après provoqua une nouvelle poussée d'urticaire généralisée. Cet effet paradoxal et exceptionnel est d'interprétation difficile.

Variations de l'histamine cutanée et cutiréactions à la tuberculine, par M . J. Pellerat et Mlle Murat.

Des dosages pratiqués sur des réactions tuberculiniques intenses (fortement papuleuses ou phlycténulaires chez 7 malades atteints de tuberculose cutanée) ont montré une diminution très importante de la teneur en histamine tissulaire, alors qu'en peau saine le taux de l'histamine était normal. Ces variations en diminution impliquent la nécessité d'une libération d'histamine contemporaine à la réaction tuberculinique. La contre-épreuve a été étudiée au moyen de l'injection intradermique d'une solution à 1,25 p. 100 d'antihistaminique. Les cuti-réactions pratiquées sur papule intradermique d'antihistaminique ont montré une atténuation

très notable de la réponse cutanée à la tuberculine chez les tuberculeux et sont restées négatives chez des sujets normaux mais présentant une cuti-réaction témoin positive. Le rôle de l'histamine dans le mécanisme de la cuti-réaction à la tuberculine paraît donc indéniable.

Syphilis tertiaire de l'avant-bras à type de scrofuloderme, par MM. P. J. Michel et J Pellerat.

Les auteurs présentent une malade atteinte depuis un an de lésions cutanées de l'avant-bras droit ayant tous les caractères des gommes tuberculeuses ; lésions ulcérées à bords décollés, à fond légèrement purulent, à pourtour violacé et gommules en voie de formation. Pas de lésions radiologiques des os de l'avant-bras. Le traitement de Charpy (gluconate de chaux et stérogyl 15) fut sans effet sur l'évolution des lésions et sur l'évolution ultérieure d'une localisation osseuse au 4e métacarpien droit. Une sérologie syphilitique se montra alors très fortement positive chez cette malade sans aucun antécédent. Une radiographie du métacarpe montra des lésions de périostite et un traitement bismuthique fit disparaître les lésions cutanées et osseuses en quelques semaines.

Résultats éloignés de la méthode de Charpy pour le traitement des lupus. A propos d'un cas, par MM. P. J. Michel et J. Pellerat.

Les auteurs présentent une malade atteinte de lupus tuberculeux et étendu de la face et traitée depuis juillet 1943 par le traitement de Charpy (gluconate de chaux et stérogyl 15). L'action du traitement poursuivi à doses modérées (1 ampoule de stérogyl 15 par mois et gluconate de chaux 20 jours par mois) compléta le bénéfice acquis au cours des premières semaines et un assez grand nombre de lupomes ont disparu à l'exclusion de toute thérapeutique locale.

Quelques remarques concernant la statistique 1943 du Service sanitaire de la prostitution à Lyon (à paraître ultérieurement), par M. J. Lacassagne.

Syphilis secondaire lichénoïde, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Dans ce cas on ne trouvait aucune des causes habituelles ; le prurit est apparu en même temps que l'éruption. Constatation de tréponèmes dans les éléments éruptifs.

Nodosités sous-cutanées mycosiques, par MM. Thiers, Coudert et Gallet.

Femme de 63 ans présentant en plus d'une érythromélalgie discrète unilatérale des nodosités sous-cutanées indolores et d'apparition récente dans le tissu celullaire sous-cutané de l'avant-bras gauche et de la face interne du genou droit. Biopsie : petits foyers nécrotiques; une culture d'un fragment donne une levure à culture rouge. Une intradermo avec celle-ci provoque : un nodule érythémateux et induré persistant plus d'une semaine; un zona thoracobrachial et une nodosité sous-cutanée présentant les mêmes caractères que celles d'apparition spontanée mais à culture négative.

Syphilis secondaire ulcéreuse, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Femme de 46 ans sans tare viscérale. Syphilides secondaires ulcéreuses labiales, palatines, amygdaliennes, des coudes, des cuisses et du thorax. Très discrète adénopathie cervicale. Pas de grosse rate. Pas de tréponèmes. Sérologie très positive. Action rapidement curatrice du bismuth avec cicatrices chéloïdiennes des ulcérations cutanées. La malade aurait été hospitalisée 4 mois auparavant avec un tableau identique, mais cicatrisée n'aurait pas continué à se faire traiter.

Néphrite allergique à la Thiazomide, par MM. H. Thiers, J. Pellerat et J. Racouchot.

Femme 21 ans. Gonococcie avec salpingite. Après 15 grammes de thiazomide en 3 jours, vomissements, hématurie et coliques néphrétiques bilatérales, bref tableau de néphrite hématurique douloureuse, sans cristaux. Urée : 1,50, 2 heures après le début. Histaminémie : 300 γ. Guérison rapide par la cure de Volhard et 4 jours après histaminémie 120 γ. La malade prétend ne pas avoir pris antérieurement de thiazomide.

Un cas de monilethrix, par MM. H. Thiers, J. Racouchot. et Gallet.

Il existe dans ce cas un petit syndrome hypothyroïdien.

Traitement du rhumatisme psoriasique par un sel de cuivre, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Homme 36, ans, depuis un an psoriasis étendu et rebelle avec rhumatisme déformant des mains, pieds et genoux et spondylose rhizomélique. Le cupro-allylthiourée benzoate de soude fait disparaître l'impotence, la douleur et régresser les déformations et permet la reprise du travail mais reste sans action sur les manifestations cutanées.

Hérédo-syphilis avec pleurésie sérofibrineuse de même nature, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Femme 23 ans, kératite interstitielle; perforation du voile; périostite tibia avec gomme de l'extrémité supérieure du tibia et de la clavicule. Pleurésie sérofibrineuse droit avec scissurite sans lésion parenchymateuse, sans bronchectasie ; culture négative et réaction tuberculinique négative. Disparition de la fièvre après la 1re injection de CyHg et guérison complète par le Novar. Persistance après guérison de l'anergie tuberculinique.

Spondylose rhizomélique gonococcique au début, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Les auteurs montrent tout l'intérêt de la radiographie systématique des articulations sacro-iliaques pour dépister à son début la spondylose rhizomélique chez un gonococcique présentant le minimum de signes fonctionnels et une radiographie vertébrale négative.

Forme mono-perforante de l'ostéite syphilitique du frontal, par MM. R. Mayoux et H. Martin.

L'observation rapportée est celle d'une femme de 30 ans présentant des douleurs dans le domaine du frontal datant de plusieurs mois. Une tuméfaction est finalement apparue, fluctuante au centre, la radiographie montre à ce niveau, c'est-à-dire à la partie extérieure et inférieure de la bosse frontale gauche une perte de substance osseuse, arrondie de 2 centimètres de diamètre, sans aucune densification osseuse périphérique. Tuméfaction et douleurs disparaissent rapidement sous l'effet du traitement. Les caractères de la lésion, l'examen clinique et sérologique (Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke +) plaident en faveur de la forme mono-perforée de la syphilis héréditaire tardive dont Henry Proby a rapporté une observation analogue au Congrès de laryngologie de 1932.

Intolérance gastrique au sulfathiazol. Accidents rénaux consécutifs, par M. Massias (de Vichy).

Mlle F..., 22 ans, parfaitement saine par ailleurs et indemne de toute atteinte rénale, est traitée pour vagino-métrite et urétrite gonococciques. Elle absorbe en 3 jours 8 grammes de 2090 RP (dose prescrite) plus 6 grammes le 3e jour qu'elle y ajoute de sa propre initiative.

Dès le soir du 3e jour, elle présente des signes d'intolérance gastrique, nausées puis vomissements aqueux très fréquents à partir du 3e jour. Ces accidents persistent pendant quelques jours, tandis que s'installe un syndrome de blocage rénal. Anurie complète pendant 24 à 36 heures, puis rétablissement progressif de la diurèse, cependant que l'urémie monte à 4 grammes en une semaine. Tout rentre dans l'ordre en 12 à 15 jours, après un début assez alarmant. Le blocage rénal semble dû en ce cas à la déshydratation consécutive aux vomissements beaucoup plus qu'à une dose excessive de 2090 RP.

Lèpre cutanée à manifestations discrètes en clientèle de ville, par M. Massias (de Vichy).

Mme R..., 30 ans, parfaitement saine par ailleurs, vient consulter pour une dépigmentation de la région périunguéale qui offre tout l'aspect d'un simple vitiligo. D'abord traitée pour cette affection, la malade, au cours d'un voyage à Paris, se rend à la consultation de l'Institut Pasteur, où le Dr Chorine pratique une biopsie et décèle la présence de bacilles de Hansen. Ayant regagné Paris, la malade est traitée depuis à l'Institut Pasteur par des injections intradermiques locales d'huile de chaulmoogra. L'amélioration locale, malgré sa lenteur, semble indéniable. Bien que la malade n'ait jamais quitté la France, il ne s'agit sans doute pas de lèpre autochtone. La contamination remonte sans doute à 2 ans, où à cette époque, la malade a cohabité avec une amie martiniquaise qui présentait sur le corps des lésions analogues.

Erythème tertiaire. Cas pour diagnostic, par MM. Bouisset et Pellegrin (de Nice).

Les auteurs ont observé chez une femme de 45 ans, dont les réactions sérologiques étaient fortement positives, un cas d'érythème syphilitique tertiaire : l'éruption siégeant sur la face interne de la cuisse droite est constituée par des taches à configuration polycyclique de coloration rose pale, ne desquamant pas et non prurigineuses. Pas d'infiltration. Ces lésions remontent à 8 ans et ont toujours été fixes. Aucun stigmate de syphilis à l'examen. A la 8e piqûre de Quinby, les taches commencent à disparaître et à la 18e piqûre (fin de la série) elles ont disparu complètement sans laisser de traces.

Un cas de mélanose de Riehl, par MM. Bouisset et Pellegrin (de Nice).

Les auteurs présentent un cas de mélanose de Riehl chez une femme de 60 ans et dont le début remonte à mai 1943. Les lésions siègent sur le visage et le décolleté et sont constituées par une pigmentation ardoisée du visage avec légère hyperkératose frontale et par une hyperkératose folliculaire cervicale et thoracique. L'examen des muqueuses est normal. La tension est de 12 5/7. Amaigrissement considérable (18 kilogrammes) depuis les restrictions alimentaires. Les réactions sérologiques sont normales, ainsi que la numération globulaire et la formule sanguine. Pas de porphyrinurie, mais on note 2 gr. 50 p. 100 de cholestérine dans le sang, tous les autres éléments étant normaux. Les auteurs pensent que l'hypercholestérinémie peut agir en tant qu'irritant du système réticulo-endothélial, action à laquelle s'ajoute l'effet sensibilisant à la lumière de certaines substances contenues dans le pain de guerre.

Le Secrétaire général :
P. J. Michel.

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1944, 2e TRIMESTRE, No D'ORDRE 87, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, No 128. — 6-1944. — AUT. No 349.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉTAT COUVERT DU GLAND ET SES COMPLICATIONS GRAVES TARDIVES : BALANITES SCLÉROSANTES ET STÉNOSANTES DES PHIMOSIS ET DES LONGS PRÉPUCES

BALANITE INTERSTITIELLE ET PROFONDE DE FOURNIER

Par M. FAVRE (Lyon)

On a beaucoup écrit sur le prépuce. La médecine, il faut le reconnaître, a peu de part dans cette copieuse littérature ; la pathologie de la région balano-préputiale est à tort négligée ; c'est, dit-on, un petit sujet : doit-il être pour cela délaissé ? La proposition est d'ailleurs tout à fait contestable ; bien des titres recommandent au contraire ce « petit sujet » à l'attention des médecins.

L'importance pathologique que nous devons reconnaître à la région balano-préputiale ne lui vient pas seulement de ce qu'exposée à de dangereux contacts, elle est la principale voie d'invasion des maladies vénériennes, qui d'ailleurs en ont d'autres. La région balano-préputiale n'a pas seulement cette pathologie d'emprunt, elle en a une autre qui lui est propre et dont le médecin aura souvent à connaître les manifestations. Dominée par des conditions anatomiques toutes particulières, cette pathologie est avant tout celle des sujets atteints de phimosis, et plus communément encore celle des longs prépuces sous lesquels, à l'état permanent, reste enfermé le gland. Les conséquences de cette condition du gland, de cet « état couvert du gland » — c'est l'expression très juste de Fournier, — se conçoivent aisément. L'état couvert du gland, par l'humidité et la macération qu'il entretient, agit à la fois en diminuant la résistance du revêtement des surfaces en contact et en favorisant leur infection par les rétentions septiques qu'il provoque. On peut dire de la cavité balano-préputiale de certains sujets ce qu'on a dit de l'appendice, cette cavité close. Aussi n'est-il pas rare d'observer, chez les sujets à long prépuce engainant le gland, des inflammations de gravité variable, des balanites.

On les a divisées en balanites aiguës et balanites chroniques ; il serait plus exact de qualifier ces dernières balanites prolongées, les conditions anatomiques permanentes que j'ai dites maintenant l'inflammation qu'elles ont contribué à susciter, en un état latent, qu'interrompent, avec une fréquence variable, des manifestations plus aiguës, plus apparentes.

L'objet de ce travail n'est pas de traiter des balanites aiguës dont je ne

Publication périodique mensuelle.

méconnais pas l'intérêt. Certaines formes en sont graves : c'est le cas des balanites ulcéro-membraneuses, des balanites gangréneuses, pour ne citer qu'elles. Par cette gravité même, ces balanites ne peuvent manquer de retenir l'attention.

Il n'en est pas de même des formes plus discrètes dont je voudrais montrer l'importance en signalant les graves suites qu'elles peuvent comporter. Ici, l'atténuation des signes physiques et des troubles fonctionnels est telle qu'un trop grand nombre de porteurs de ces balanites ne s'en préoccupent pas, et qu'elles échappent dès lors à l'observation médicale. Il faut reconnaître, au surplus, qu'il arrive aux médecins, lorsqu'ils sont consultés sur ces cas, de prononcer un peu trop légèrement le trop facile « ce n'est rien », qui rassure le malade et le fait supporter désormais, sans plus s'inquiéter, ce « rien » qui pourra, cependant, à la longue, créer de graves complications.

Ces inflammations bénignes sans éclat, ces balanites légères se manifestent par la rougeur plus vive du gland et du feuillet interne du prépuce, une exsudation minime, simple humidité des surfaces, un prurit inconstant et d'intensité variable, des sensations assez fréquentes de brûlure au début des mictions, le gonflement et la rougeur du méat anormalement suintant, un léger œdème préputial. Des soins plus attentifs d'hygiène génitale paraissent avoir raison de cette petite irritation, mais bien souvent la guérison n'est qu'apparente ; les mêmes causes prédisposantes existent toujours ; l'inflammation n'a pas disparu, elle est seulement inapparente, ou plus justement, je crois, peu apparente.

Si l'on interroge avec soin de tels sujets, on apprend d'eux en effet que depuis longtemps, déjà, parfois depuis des années, ils ont constaté les réveils, les exacerbations d'une inflammation balano-préputiale tenace et récidivante dont les retours, à certaines périodes, ont été particulièrement fréquents.

Tous les intermédiaires existent entre les balanites nettement caractérisées, quoique atténuées, et des formes encore plus effacées ; toutes ces balanites ont en commun une longue durée ; toutes sont susceptibles de provoquer les complications tardives graves sur lesquelles je me propose d'attirer l'attention.

Il faut noter enfin — la remarque est importante — que ces inflammations balano-préputiales n'appartiennent pas seulement à la pathologie de l'adulte, elles peuvent apparaître très tôt : à 6 mois dans une de mes observations, avant 2 ans dans deux autres cas.

Ces balanites n'imposent pas, il faut les rechercher de parti pris ; on les trouve alors communément chez les sujets que j'ai dits, et chez lesquels il y a grand intérêt à ne pas les méconnaître. C'est qu'en effet ces balanites que l'on qualifie simples, ces balanites bénignes, ces balanites « de rien » peuvent se compliquer dangereusement. Leur action irritante sur les tissus se traduit à la longue par un ensemble de symptômes et de signes fonctionnels, véritable syndrome anatomo-clinique qui fait, à proprement parler, le sujet de ce travail. Le préambule de cet exposé éclairera la pathogénie de ce syndrome qui est loin d'être rare : nous en avons recueilli en un temps relativement court huit observations. Les cas se multiplieront sans doute quand on se préoccupera de les rechercher davantage.

*
* *

Un sujet, très souvent jeune encore, à gland couvert, et parfois de surcroît phimosique, remarque que la locomotion de son prépuce est devenue progressivement de plus en plus difficile et que l'anneau préputial s'est induré, s'est resserré au point qu'il ne peut plus, qu'avec difficulté, prendre les soins d'hygiène locale qui lui sont nécessaires. Il accuse des sensations de prurit d'intensité variable, des brûlures lors des mictions ; parfois il se plaint d'une difficulté permanente d'uriner. On constate en l'examinant que le prépuce n'a plus sa souplesse normale, qu'il tend à devenir rigide, l'induration s'accusant surtout vers son extrémité. L'anneau préputial est souvent déchiré, coupé de crevasses causées surtout par les rapports sexuels devenus parfois si douloureux et cuisants que le patient a fini par y renoncer. Fréquemment à cette période, il n'est plus possible de découvrir le gland et de dérouler le prépuce, l'examen ne peut être alors pratiqué qu'à travers l'orifice préputial rétréci. Le feuillet interne du prépuce est épaissi, il apparaît blanchâtre, parfois semé d'îlots d'hyperhémie. Quand il est encore possible de le découvrir, le gland, observé dans l'intervalle des poussées de balanite, apparaît réduit de volume ; il est plus dur que normalement ; sa muqueuse atrophique est de teinte générale blanc bleuâtre ; sur sa surface anormalement lisse se voient des zones franchement cicatricielles d'étendue variable, parfois légèrement déprimées. Leur revêtement cutané parcheminé donne l'impression d'être soulevé, il revient sur lui-même lorsqu'on l'a déprimé. L'épiderme est aminci, ridé, plissé sur toute l'étendue de ces zones cicatricielles dont l'aspect est tout à fait celui d'une cicatrice blanchâtre atrophique de brûlure du second degré. Le revêtement cutané a été trouvé parfois plus épais, plus consistant ; ces différences tiennent surtout à la période plus ou moins avancée où s'observe un processus qui tend finalement à la rétraction, à l'atrophie.

Les modifications des téguments du gland sont souvent plus complexes encore ; c'est ainsi que peuvent se rencontrer, sur le gland, comme d'ailleurs sur le prépuce, des foyers circonscrits d'hyperhémie, des îlots d'hyperkératose. Ces diverses lésions sont les conséquences éloignées de l'inflammation balano-préputiale prolongée que l'on trouve souvent encore en activité, manifestée par des érosions, des fissures, ailleurs par des zones de desquamation, de suintement.

Les lésions cicatricielles sont, chez nombre de malades, limitées à la partie antérieure du gland sur lequel elles s'étendent à partir du méat qu'elles encerclent. Placé au centre même des lésions inflammatoires, l'urètre antérieur ne reste pas indemne ; nous avons dit que, dès le début des balanites, on peut observer l'inflammation du méat et de la partie antérieure de l'urètre (1). Cette urétrite à minime écoulement, cette urétrite discrète des balanitiques, longtemps entretenue par les récidives fréquentes de l inflammation, finit par indurer l'extrémité antérieure du canal. On l'a vue réduire le méat à un minuscule pertuis, ou le transformer en ces « méats tuméfiés, rouges, œdémateux et coriaces au point de refuser le passage de bougies même fines, ou de ne les accepter qu'au prix de déchirures et d'hémorragies » (Gayet). On

(1) Tavernier (L.), Favre (M.) et Vachon. Urethritis post-circoncisionem. *Société de Dermatologie de Lyon*, 2 juillet 1943.

comprend assez qu'il importe d'attirer l'attention sur cette variété de rétrécissement urétral antérieur, insuffisamment connue, qui expose « à des accidents multiples et parfois de la plus haute gravité » (Gayet) (1). Le rétrécissement ne s'étend que sur une faible longueur du canal ; l'induration segmentaire qui le manifeste à la palpation a pu imposer pour un chancre syphilitique du méat (Fournier).

L'inflammation peut s'être étendue à toute la cavité préputiale ; c'est dans ces cas, qui sont loin d'être rares, que se créent, de surcroît, des adhérences ; il faut les rechercher surtout en arrière du gland, où elles tendent à combler le cul-de-sac balano-préputial ; le sillon coronaire peut alors avoir disparu, effacé par une étroite symphyse ; la soudure est souvent incomplète, un reste de sillon, de profondeur réduite, persistant à la surface dorsale du gland. Les adhérences sont, d'autres fois, de simples brides lamelleuses, que l'on a comparées aux ptérygions de la conjonctive. On ne saurait attribuer à telle ou telle modalité de ces formations symphysaires la signification que certains observateurs ont voulu leur reconnaître, le processus général étant ici seul important.

Telles sont les complications tardives, les altérations complexes que l'on voit succéder aux balanites prolongées, aux balanites récidivantes des phimosiques et des sujets à gland couvert. Les désordres ne s'arrêtent pas là : la dégénérescence épithéliale est en pareil cas fréquente, elle a été constatée à l'examen clinique et vérifiée par l'histologie : trois fois sur les huit cas que j'ai observés.

Ces états scléro-atrophiques que la pratique révèle fréquents et dont les conséquences se montrent si graves ne sont pas assez connus. Attirer l'attention sur eux, tel est le but de cet exposé volontairement réduit aux données cliniques. Je crois nécessaire cependant, — on en verra les raisons — de placer ici un court historique indispensable à la connaissance des interprétations qui ont été données de ces lésions génitales et à la discussion de leur véritable nature. Trois dates et trois noms doivent être cités à cette place : ceux de Fournier (1865), de Delbanco (1908), de Stühmer (1928). Pour la clarté de l'exposé, nous ne suivrons pas l'ordre chronologique.

*
* *

En 1908, Delbanco (2) donne une description de lésions chroniques aboutissant à la rétraction balano-préputiale ; elles présentent les caractères des scléroses atrophiques dont nous avons énuméré plus haut les manifestations. Il les rapproche d'une curieuse affection atrophiante et sclérosante qui conduit à un vrai desséchement de la vulve et que, pour ce fait, Breisky a dénommée : « *Kraurosis vulvæ* ». C'est ce nom de kraurosis que Delbanco propose de donner aux scléroses atrophiques masculines qu'il a observées. Elles ne lui ont pas paru ressortir à l'inflammation ; il les rattache, comme le *Kraurosis vulvæ*, à l'involution génitale. Dans la description qu'il donne du « *Krau-*

(1) Gayet (G.). A propos de la *Balanitis xerotica obliterans*. *Lyon Médical* du 9 janvier 1938, pp. 25-32.
(2) Delbanco. Kraurosis of glans and prepuce (Delbanco). As analogue of Breisky's Kraurosis vulvæ. *Arb. H. Tropenkrank.*, 1927, pp. 69-78.

rosis glandis et preputii penis », il attribue une particulière importance au prurit qui, très intense, aurait les caractères qu'on lui voit dans le *Kraurosis vulvæ*.

Le kraurosis pénien, soutient Delbanco, n'est pas provoqué par une dermatite chronique préputiale antécédente, le phimosis et les balanites ne tiennent aucun rôle dans son apparition. Ajoutons que nous devons à Delbanco une étude histologique des lésions kraurosiques. Signalons enfin qu'il a vu les pénibles troubles fonctionnels dont souffraient ses malades disparaître après la circoncision alors que l'atrophie, il fallait s'y attendre, n'est pas modifiée.

Le mot kraurosis imposé par Delbanco aux scléroses atrophiques balano-préputiales leur est resté attaché, bien qu'il soit critiquable, et c'est de Delbanco que trop souvent on date encore la description de ces scléroses.

Leur étude est reprise par Stühmer en 1928 (1); on constate, à lire les observations qu'il rapporte, que le syndrome anatomo-clinique relevé par lui chez ses malades est celui dont nous avons énuméré les constituants : la sclérose et l'atrophie du gland, l'induration du prépuce, l'induration et le rétrécissement de l'urètre méatique, les symphyses balano-préputiales, les modifications variées souvent étendues et profondes des téguments du gland et du prépuce. Stühmer reconnaît que le syndrome qu'il a observé est constitué des mêmes éléments que le kraurosis de Delbanco : processus d'atrophie conduisant à des rétractions semblables à celles qu'a vues Stühmer aux périodes avancées chez ses propres malades.

Malgré les ressemblances cliniques et la similitude des lésions, Stühmer sépare cependant l'affection qu'il veut faire connaître du kraurosis de Delbanco. L'absence de prurit ou son peu d'intensité, le jeune âge de ses malades sont des arguments qu'il fait valoir à l'appui de cette séparation ; mais surtout, à l'opposé de Delbanco qui nie tout rapport de son kraurosis avec l'inflammation, Stühmer a vu les lésions de ses malades, d'inflammatoires à un premier stade, devenir cicatricielles ; il les dit causées par une balanite dont le caractère particulier est qu'elle apparaîtrait après l'ablation du prépuce, pratiquée pour phimosis. Pour ces diverses raisons, Stühmer propose d'accuser par un mot nouveau la personnalité étiologique et pathogénique du type de sclérose balano-préputiale inflammatoire qu'il a observée et à laquelle il donne le nom de « *Balanitis xerotica obliterans post-operationem* ». Il reconnaît qu'à la suite de longues balanites et sans l'intervention d'une circoncision, peut se développer une affection semblable à celle qu'il a décrite.

Nous ne pouvons aborder l'examen critique des conceptions de Delbanco et de Stühmer sans avoir exposé sur cette question des scléroses atrophiques balano-préputiales l'apport de l'illustre vénéréologue français Alfred Four-

(1) Stühmer (A.). Balanitis xerotica obliterans (post-operationem) und ihre Beziehungen zu Kraurosis glandis et præputii penis. *Arch. für Derm. und Syph.*, Band **156**, Heft 3, 1932, pp. 343-351.
Stühmer (A.). Weitere Beiträge zur Kenntnis der Balanitis xerotica obliterans post-operationem. *Arch. für Derm. und Syph.*, **165** Band, 2 Heft. 1932, pp. 343-351.
Stühmer (A.). Post operative balanitis xerotica obliterans. *Giorn. Ital. di Dermat.*, avril 1936, **77**, 275-281.

nier. A l'article « Balanites » qu'il a écrit en 1865 pour le dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratique de Jaccoud, Fournier, abordant l'étude des balanites chroniques, en décrit une forme qu'il nomme « interstitielle et profonde ». Dans ce cas, l'inflammation « s'étend à tout le corps de la muqueuse et même aux couches sous-jacentes ». Fournier donne ainsi la raison pour laquelle il qualifie comme il l'a fait la balanite qu'il décrit. Citons ici le texte de Fournier :

« Cette forme est, le plus souvent, limitée à une portion du gland ; elle « peut cependant l'envahir tout entier.

« I. — Dans le premier cas, elle s'observe presque exclusivement au niveau « du méat urinaire, où le plus habituellement elle est symptomatique d'une « phlegmasie ou d'une ulcération de l'urètre. Elle se traduit alors par les « symptômes suivants : rougeur vive et induration plus ou moins accusée de « l'extrémité du gland ; boursouflure des lèvres du méat ; sensibilité des « parties à la pression ; quelquefois excoriations, fissures, érosions superficielles de la muqueuse ; douleurs de miction assez aiguës, résultant à la « fois et du rétrécissement inflammatoire de l'orifice urétral et du passage de « l'urine sur des surfaces dénudées d'épithélium. Notons incidemment que « cette induration phlegmasique du sommet du gland peut en imposer facilement pour un chancre induré du canal. Le diagnostic différenciel de ces « deux lésions est parfois délicat à établir.

« II. — En d'autres cas bien plus rares, l'inflammation s'étend à toute la « muqueuse balanique, et constitue alors une lésion très curieuse que je n'ai « trouvée décrite par aucun auteur. D'après les quelques cas que j'ai observés, voici quel devient l'état des parties : la muqueuse s'injecte, s'arborise, « se sème de points d'un rouge foncé ; ses papilles se hérissent ; puis, phénomène plus important, elle s'indure en surface dans toute son étendue ; le « gland semble alors coiffé d'une sorte de calotte de parchemin qui résiste « sous le doigt, ou se plie comme le ferait un feuillet de parchemin ; sa surface est inégale, chagrinée, sèche, couverte de lambeaux furfuracés et assez « semblables à l'ichtyose ; parfois aussi, notamment sur les points recouverts « par le prépuce, elle est humide, crevassée, sillonnée de fissures ou d'exulcérations irrégulières, analogues à celles de la balanite superficielle. Cette « induration si singulière de la muqueuse n'est due, suivant toute probabilité, qu'à des exsudats inflammatoires déposés au sein même des tissus « malades. »

Cette balanite atteint aussi le prépuce. Fournier signale qu' « il est très « fréquent de voir succéder aux balano-posthites un peu intenses, une tuméfaction œdémateuse du prépuce, laquelle en général diminue progressivement et finit par disparaître. Mais en certains cas, heureusement très rares, « cette résolution ne se produit pas ; l'œdème persiste, le prépuce reste volumineux, mollasse, ou bien devient dur, rénitent, lardacé et presque squirrhoïde. Cet état de sclérème local (Ricord) se prolonge sans modification « pendant un temps infini, en dépit de tous les traitements. C'est alors une « lésion presque incurable et la circoncision même ne réussit pas toujours à « débarrasser le malade de cette pénible infirmité. »

Fournier signale enfin, parmi les suites des balanites à forme chronique, des adhérences « qui occupent plus habituellement la rainure, siège de pré-
« dilection des balanites à forme chronique »...

« En quelques cas encore, on a rencontré de ces adhérences sous forme de
« brides ou de lamelles charnues et mobiles, étendues comme de petits freins
« entre le prépuce et le gland. »

Le texte clair de Fournier se passe de commentaire. La balanite « interstitielle et profonde » qu'il nous a fait connaître, devançant Delbanco de 43 ans, est très exactement le kraurosis avant la lettre. Il n'est aucun des éléments complexes du syndrome anatomo-clinique auquel on a donné ce nom qui ait échappé à Fournier : il a noté en effet les modifications de consistance et d'aspect de la muqueuse parcheminée balanique, la sécheresse du gland, les néoformations vasculaires, les fissures, les ulcérations, les desquamations superficielles, le rétrécissement de l'orifice urétral, l'induration de l'extrémité du gland simulant le chancre induré du canal, l'induration préputiale, les symphyses enfin et leurs divers types. Ce serait commettre une erreur que d'attribuer à Delbanco la paternité d'un syndrome parfaitement décrit bien avant lui, auquel il n'a contribué qu'en le dotant d'un nom et d'une interprétation étiologique également critiquables. La balanite interstitielle et profonde de Fournier doit en toute justice prendre la place du kraurosis génital masculin, du kraurosis pénien.

Fournier s'est expliqué sur l'étiologie de la « lésion très curieuse » qu'il a décrite :

« D'après mes recherches personnelles, dit-il, il est une condition capitale qui domine l'étiologie de la balanite c'est le phimosis, ou plutôt, d'une façon générale, c'est l'état couvert du gland. Cette disposition anatomique a une importance telle, ici, que souvent elle suffit seule à développer la maladie sans le concours d'autres causes adjuvantes. Ainsi n'est-il pas rare de rencontrer des personnes affectées de phimosis qui, en dehors de tout rapport suspect, en dépit des soins de propreté les plus assidus, ne peuvent éviter de fréquentes et interminables balanites. Inversement l'affection est très rare chez les sujets à prépuce court et d'autant plus rare que le prépuce est plus court ; elle ne se rencontre jamais, du moins elle est aussi exceptionnelle que possible, chez les sujets circoncis. »

Fournier reconnaît donc que la balanite interstitielle et profonde est de nature inflammatoire et qu'elle est exclusivement le lot des porteurs de phimosis ou de sujets au long prépuce maintenant le gland couvert.

* * *

La sclérose atrophique du gland et du prépuce consécutive à des balanites, celle qu'a décrite Fournier, est la plus communément observée ; aucune objection ne peut être aujourd'hui soulevée contre sa légitimité. Cette sclérose peut-elle relever d'autres étiologies ? On ne saurait en tout cas, la rapprochant du kraurosis de la vulve, la dire liée à l'involution génitale. Apparaissant chez de jeunes sujets (de Gregorio, de Blasio et Hijar, Stühmer, nous-même, — un de nos malades est âgé de 13 ans), étroitement dépen-

dante d'ailleurs de l'inflammation, elle ne saurait être tenue l'homologue, chez l'homme, du kraurosis féminin. Delbanco affirme que son kraurosis est sans relation avec l'inflammation, mais on doit noter expressément que ce kraurosis présente les mêmes symptômes, qu'il a la même formule histologique que les scléroses atrophiques inflammatoires les plus authentiques (1). On doit donc admettre que le kraurosis de Delbanco relève de l'inflammation comme la balanite de Fournier, comme la balanite de Stühmer.

Que penser de cette dernière et de la paradoxale étiologie que lui attribue son auteur? L'opposition entre Fournier et Stühmer est complète. Fournier insiste, on l'a vu, sur l'immunité des circoncis contre la sclérose balano-préputiale ; Stühmer voit, au contraire, dans l'ablation du prépuce, une cause de développement de cette sclérose. Dans le rapport que nous avons présenté au 6e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, nous avons indiqué les fortes objections que l'on doit opposer aux conceptions étiologiques de Stühmer (2). Ces critiques ont été récemment reprises dans la thèse de mon élève Laurent qui les a longuement développées (3). Grütz reconnaît que sous l'influence de balanites récidivantes, de « balanites banales », des lésions chroniques se développent en tout semblables à la balanite oblitérante post-opératoire de Stühmer (4). Mes propres observations (5) confirment la remarque de Grütz. Il en est de même

(1) Dans cet exposé surtout pratique et clinique, il n'y a pas lieu d'aborder l'étude anatomo-pathologique du syndrome scléro-atrophique post-balanitique de Fournier. Les lésions qu'on y observe aboutissent, au terme de leur évolution, à l'épaississement irrégulier de la trame conjonctive, à l'atteinte profonde du tissu élastique, ainsi qu'à des modifications polymorphes des épithéliums malpighiens qui vont trop souvent — nos observations en témoignent — jusqu'à la dégénérescence cancéreuse au point que Grütz place ces scléroses atrophiques génitales masculines dans le groupe des précancéroses. Les lésions histologiques du syndrome post-balanitique de Fournier sont celles des affections que l'on a décrites par la suite : kraurosis de Delbanco, balanite oblitérante post-opératoire de Stühmer. Le syndrome anatomo-clinique est dans tous ces cas le même : ce sont des lésions de sclérose dermique que j'ai observées dans les cas que j'ai rapportés (*in* thèse de Laurent déjà citée). C'est de sclérose dermique qu'ont parlé jusqu'ici tous ceux qui ont écrit sur ce sujet. Une notion nouvelle a été rapportée récemment par Gougerot, celle de la fréquence et par suite de l' « importance des sclérodermies dans plusieurs syndromes génitaux », notamment dans le « syndrome de la maladie de Stühmer » et dans le « Kraurosis glandis et preputii de Delbanco ». Le diagnostic de sclérodermie a été confirmé, dans les cas signalés par Gougerot, par la constatation d'autres éléments de sclérodermie hors de la cavité balano-préputiale. Les cas qui se présenteront désormais du syndrome qui fait l'objet de ce travail devront être soigneusement examinés en vue de déterminer avec quelle fréquence comparée l'inflammation, qui est ici toujours en cause, aboutit, tantôt comme à l'ordinaire à la sclérose interstitielle, tantôt « déclenche » la sclérodermie. Il est inutile de signaler l'importance de cette précision car, malgré la similitude des noms, une différence profonde sépare de la sclérose dermique la sclérodermie. Nous citerons ici le plus important des travaux de M. Gougerot sur le sujet (*a*).

(*a*) Gougerot (H.). Importance des sclérodermies dans plusieurs syndromes génitaux et fréquence des complexes. *Bull. Acad. de Médecine*, 106e année, 3e série, t. **126**, 1er semestre 1942, pp. 350-352.

(2) Favre (M.), Gaté (J.), Michel (P. J.). Les complications des balano-posthites. Extrait du *VIe Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française*, Paris, 12, 13, 14 octobre 1939. Arnette, éditeur, Paris.

(3) Laurent (Ph.). Balanite interstitielle et profonde de Fournier (Kraurosis génital masculin). *Thèse de Lyon*, 1943.

(4) Grütz (O.). Beiträge zur Klinik des Balanitis xerotica obliterans (Stühmer). *Zentralblatt f. Haut. u. gesch. krank.*, 1938, vol. **59**, p. 173 (autoreférat).

(5) *In* thèse de Laurent déjà citée.

des observations de E. de Gregorio et de ses collaborateurs (1). D'autre part, aucune des observations apportées par Stühmer à l'appui de sa thèse n'est à l'abri de la critique. Ses sujets ont été opérés parce qu'ils étaient porteurs de phimosis, de longs prépuces ; nombre d'entre eux, atteints d'inflammation balanique, présentaient déjà, lors de la circoncision, certaines des complications du syndrome scléro-atrophique pénien, le rétrécissement méatique en particulier ; l'inflammation était déjà installée dans l'intimité des tissus, la circoncision n'a pu l'empêcher d'évoluer par la suite vers une sclérose devenue inévitable.

Gregorio et ses collaborateurs ont parlé de « l'inexactitude de la façon de penser » de Stühmer ; nous nous contenterons de dire que l'existence d'une sclérose atrophique balano-préputiale provoquée par une simple circoncision faite en tissus parfaitement sains et reconnus tels sans conteste est encore à démontrer ; que d'autre part le syndrome anatomo-clinique décrit par l'auteur allemand était connu bien avant lui, et que l'on s'est un peu trop pressé de parler de la « Maladie de Stühmer ». Dans son premier travail, Stühmer écrit que « l'étiologie du kraurosis est inconnue » et que la plupart des auteurs qu'il a consultés nient le rapport des scléroses atrophiques balano-préputiales, du kraurosis, avec les inflammations chroniques ! On ne peut lire cette phrase sans étonnement, le rapport étant, au moins en France, parfaitement connu et nous sommes redevables de cette notion à Fournier.

L'aperçu historique qui précède m'a permis d'exposer les interprétations qui ont été données des scléroses balano-préputiales et d'en faire la critique. De ces interprétations, celle d'une affection inflammatoire interstitielle, évoluant chez des sujets à gland couvert, sous l'influence de balanites récidivantes, l'interprétation de Fournier, reste entièrement valable. La sclérose relevant de l'involution génitale sans intervention de l'inflammation (Delbanco), comme aussi celle que provoquerait la mise à nu du gland après circoncision (Stühmer), scléroses qui seraient d'ailleurs rares l'une et l'autre au prix de la première, attendent d'être prouvées par d'inattaquables observations.

*
* *

Je crois devoir faire deux remarques avant d'arriver aux conclusions de cet exposé. Les deux causes de l'état couvert du gland, le phimosis et l'excès de longueur du prépuce, suffisent-elles, à elles seules, à engendrer, par l'intermédiaire des balanites, les graves désordres que nous avons étudiés et qui vont fréquemment jusqu'au cancer ? Il semble bien qu'il en soit ainsi dans nombre de cas : si toutefois, et certains faits nous le font supposer, d'autres facteurs interviennent, ils paraissent bien ne pouvoir agir qu'à la faveur de la cause prédisposante majeure qu'est l'état couvert du gland sur lequel a si justement insisté Fournier. On doit enfin reconnaître que ce que Fournier appelle « balanite interstitielle et profonde » n'est pas en réalité une forme clinique de balanite, une balanite particulière, mais le résultat, l'aboutissant

(1) Gregorio (E. de), Blasio (R. de) et Hijar. Balanitis inflammatoria chronica atrophicans et sclerosans. *Annales de Dermat. et Syph.*, juillet 1939, 7e série, t. **16**, no 7, pp. 588-610, 6 fig. in texte.

d'inflammations balanitiques prolongées : aussi bien le terme « syndrome scléro-atrophique tardif des balanitiques, syndrome de Fournier » nous paraît-il être une dénomination plus exacte.

J'ai dit le but pratique de cet exposé, ses conclusions doivent en porter la marque. Il importe d'attacher plus d'importance qu'on ne le fait d'ordinaire aux balanites, et surtout aux balanites dites simples, si volontiers qualifiées banales, des phimosis ou des longs prépuces maintenant le gland couvert. Ces balanites inoffensives, tenaces cependant et récidivantes, peuvent entraîner de nombreuses complications dont les plus graves, généralement tardives, sont les états d'induration, de rétraction balano-préputiale, les symphyses, le rétrécissement de l'urètre méatique, l'irritation chronique modifiant les épithéliums et aboutissant trop souvent au cancer génital (1).

La circoncision est la mesure prophylactique qui mettra les sujets prédisposés à l'abri des inflammations balaniques et de leurs complications. Elle est toujours indiquée, aussi bien dans l'état « kraurosique » confirmé, que dans les périodes où la balanite, encore superficielle, existe seule ; il importe, dans ce dernier cas, avant la circoncision, de traiter la balanite : dans ce but, des cautérisations successives faites avec la solution de nitrate d'argent de 0,50 à 1 0/0, puis immédiatement après avec la solution de bleu de méthylène à 1 pour 100, auront habituellement raison de la poussée inflammatoire. Dans tous les cas, des ménagements particuliers seront pris lors de l'intervention opératoire. Stühmer, sur ce point du moins, a parfaitement raison qui conseille d'éviter à ce moment, à ces muqueuses fragiles, l'application d'antiseptiques forts, les badigeonnages iodés notamment. Nous nous sommes très bien trouvés, comme lui, de recourir très tôt après l'opération à de copieuses applications de corps gras additionnés d'antiseptiques très faibles ; la pommade au suif boriqué dont nous avons usé nous a donné d'excellents résultats. Pendant une assez longue période, le gland sera protégé par un pansement de fine toile pour l'habituer progressivement à ce que j'ai appelé la vie au grand air. Ainsi conduite, l'opération n'a jamais produit chez mes malades des complications supplémentaires ; bien au contraire, elle a fait cesser rapidement, dans les cas encore superficiels, toute trace d'inflammation, tout reliquat d'urétrite balanitique.

La circoncision intervenant aux phases tardives d'inflammation profonde n'a pas la prétention de pouvoir guérir les scléroses, de résoudre les adhérences ; elle met un terme du moins à la progression des lésions, elle prévient les complications ultimes redoutables auxquelles conduit l'évolution spontanée de ces inflammations chroniques.

On peut juger du prépuce à des points de vue très différents, celui de la médecine ne me paraît pas devoir lui être favorable. Cette gaine cutanée, de longueur fréquemment excessive, est du nombre de ces organes, ou plus modestement de ces dispositifs anatomiques, dont l'utilité est contestable, la nocivité par contre trop souvent certaine. Il protège, dit-on, le gland ; il faut se défier de certaines protections : celle du prépuce est du nombre.

(1) Sur le rôle joué par le phimosis, les longs prépuces, et l'état couvert du gland dans l'étiologie du cancer de la verge, on lira avec grand intérêt le travail classique du Professeur Lenormant.

Lenormant (Ch.). Sur le cancer de la verge. *Presse Médicale* du 5 mai 1934.

LES BALANOPOSTHITES MYCOSIQUES A CHAMPIGNONS LEVURIFORMES

Par

P. JOULIA
Professeur de Clinique dermatologique
de la Faculté de Médecine de Bordeaux

P. LE COULANT
Médecin Dermato-Vénéréologiste
des Hôpitaux de Bordeaux

La balanoposthite mycosique est certainement la moins fréquente des nombreuses localisations des épidermomycoses à parasites filamenteux ou levuriformes.

La longueur du prépuce en favorisant la macération du gland et la rétention des sécrétions habituelles du sillon balanique facilite l'éclosion de l'affection pour peu que le malade porteur déjà d'un foyer mycosique évolutif manque à sa toilette journalière.

Le diabète est une des raisons majeures de la pullulation du parasite dans cette région : on sait que l'urine des diabétiques est un excellent milieu de culture des parasites filamenteux, mais cette diathèse ne suffit pas à expliquer la totalité des cas de mycose génitale. Beaucoup évoluent sur des sujets présentant une glycémie normale et les causes véritables de cette infection nous échappent totalement.

Il est rare de voir évoluer isolément les balanoposthites mycosiques, leur diagnostic est alors délicat.

Habituellement, la balanoposthite est consécutive à des localisations plus courantes et c'est par déduction que le clinicien rattache à sa vraie cause la localisation balanopréputiale. L'existence de la balanite à champignon levuriforme ne fait actuellement aucun doute.

La preuve de sa nature parasitaire est signée par la présence du mycélium et des corpuscules dans le plafond des vésicules, les fragments d'épithélium et les sécrétions préputiales : smegma, sérosité, pus.

La culture seule ne nous semble pas suffisante pour en certifier la nature elle n'est qu'un complément heureux de la recherche microscopique.

Malheureusement, comme dans toutes les mycoses, la recherche du parasite est souvent décevante. Il est souvent difficile de mettre en évidence les corpuscules en grappe et les filaments fins, non cloisonnés des pseudolevures, même dans les lésions qui cependant semblent caractéristiques.

Nous ne referons point ici l'historique détaillé des épidermomycoses et n'avons point l'intention de faire revivre les difficultés auxquelles se heurtèrent les premiers chercheurs pour faire accepter la nature pathogène des champignons levuriformes. Nous renvoyons pour cette étude aux traités classiques récents, où cette question est amplement traitée.

Friedreich en 1864 semble avoir été le premier à observer des filaments mycéliens et de grosses spores dans les balanites diabétiques.

En 1874, Beauvais, puis Simon en 1881, confirment ces constatations.

Les observations se multiplient depuis et actuellement il ne fait de doute pour personne de la nature mycosique de bon nombre de balanoposthites diabétiques.

Les infections à pseudo-levures évoluant sur terrains non diabétiques sont peut-être plus rares que les précédentes ; elles ont été longtemps confondues avec des infections microbiennes ou eczématiformes.

Cette localisation est habituellement mentionnée dans les travaux sur les épidermomycoses des plis ou des régions anogénitales.

Les observations de Witfield en 1908, celles de Hudelo et Montlaur en 1914, de Muijs en 1916-1918, de Bloch en 1920, de Engmann en 1920 ont surtout trait aux lésions des plis, des régions anogénitales, fessières, inguinales.

L'École bordelaise avec Dubreuilh et Joulia (Réunion provinciale de Bordeaux, 17 mai 1921) (*Bulletin de la Société de Dermatologie*, n° 6, 1921) avait fait remarquer « que certaines éruptions eczématoïdes du gland et du reflet du prépuce coïncidant avec l'érythème mycosique peuvent être dues à la même cause, mais il est difficile d'en fournir la preuve, car il est impossible d'obtenir le moindre lambeau d'épiderme ».

En 1922, ces mêmes auteurs reprennent la question dans leur travail d'ensemble sur l'intertrigo mycosique (*Annales de Dermatologie*, 1922, p. 145.).

Dans son rapport sur les épidermomycoses au Ier Congrès des Dermatologistes de Langue française, G. Petges signale la multiplicité des agents mycosiques dans les diabétides. Favre, à la même époque, décrit la forme vésiculo-pustuleuse et inspire la thèse de son élève Pamoukichieff (*Thèse de Lyon*, 1922), quelques observations de Achalme, de Castellani (cités par Ravaut et Rabeau) concernent des balanoposthites à Monilia.

Benedeck rapporte des cas de contamination conjugale avec, chez le conjoint, une balanoposthite caractérisée par la présence de membranes gris blanchâtres, siégeant sur un fond rouge terne et contenant des éléments sporulés.

Dans l'ensemble, les balanoposthites sont citées à propos des localisations génitales ou des localisations rares; jamais elles n'ont fait l'objet d'une étude d'ensemble. Il ressort d'ailleurs que l'infection mycosique des organes génitaux externes est plus commune chez la femme que chez l'homme.

Les articles récents de Joulia (1) dans le *Traité de Dermatologie Clinique*, de Ravaut et Rabeau, dans *La Nouvelle Pratique dermatologique*, de Hudelo et Rivalier dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* ont exposé l'état actuel de la question.

Queyrat étudie plus longuement les formes aiguës et subaiguës de la balanoposthite diabétique dans le tome III de *La Nouvelle Pratique dermatologique*. Enfin. Bory signale rapidement cette étiologie dans son rapport au VIe Congrès des Dermatologistes de langue française (1939), tandis que Golay s'étend de façon plus détaillée sur l'aspect clinique des balanites diabétiques.

*

* *

(1) Beauvais. De la balanoposthite des diabétiques. *Gaz. Hôp. Civ. et Militaires*, 1874.

(2) Voir également la leçon faite à la clinique dermatosyphiligraphique de la Faculté de Médecine de Paris. Hôpital St-Louis, service du Professeur Gougerot, 1er décembre 1932. *Archives de l'Hôpital St-Louis*, 1932, p. 294.

Étude clinique. — Il est habituel d'observer deux formes évolutives :

1° La balanoposthite mycosique aiguë.

2° La balanoposthite mycosique chronique.

A) *Forme aiguë.* — On assiste rarement au début des lésions.

Nous avons eu cependant la bonne fortune d'observer cette affection dès son apparition chez un jeune diabétique et d'en saisir l'élément primitif : la vésiculo-pustule, homologue de celle qu'on trouve habituellement dans les autres localisations muqueuses des mycoses à levures. Mais les lésions changent rapidement d'aspect et l'épiderme, légèrement œdématié, macéré, fissuré, rappelle alors celui de la marge de l'anus atteint d'intertrigo mycosique ou encore l'aspect si curieux que nous avions observé sur la langue d'un petit malade atteint de mycose à levures généralisée (1).

Observation I. — *Balanoposthite aiguë chez un diabétique.* — M. Léon, âgé de 15 ans 1/2, a déjà été traité pour une blennorragie aiguë dont il est actuellement guéri. Il revient le 11 novembre 1941 pour une affection gênante qu'il présente depuis quelques heures à la suite d'un rapport récent.

C'est un grand diabétique en traitement depuis 3 ans par l'insuline. Son régime a été équilibré (Professeur Mauriac) et lui permet avec 20 unités journalières d'avoir une glycosurie oscillant entre 25 à 30 grammes par litre, soit 75 grammes à 90 grammes par 24 heures.

La verge est légèrement œdématiée et le prépuce, long, recouvre entièrement le gland ; mais le malade décalotte facilement et découvre un reflet préputial et un gland d'un rouge sombre, comme saupoudré de grumeaux presque confluents rappelant ceux du lait caillé.

En réalité, chaque grumeau est une pustulette épidermique de la dimension d'une tête d'épingle en laiton, qu'on ouvre facilement par simple frottement. Le contenu, un liquide épais, crémeux, blanc ou jaunâtre, montre à l'objectif n° 7, une culture pure de corpuscules arrondis ou ovalaires d'une pseudo-levure voisine de l'*oidium albicans*, qu'il n'a pas été possible d'étudier faute de milieu de culture.

Après nettoyage, les lésions prennent l'aspect classique des épidermomycoses à levure. Chaque petit îlot de pustulettes est transformé en petites plages à contours polycycliques, souvent confluentes, de couleur rouge vif, à bordure nette, soulignée d'une collerette épidermique. Le centre rouge, luisant, brillant est parfois suintant.

Il n'existe aucune autre localisation cutanée ou muqueuse ; les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés de volume.

Le traitement comporte des lavages bi-quotidiens avec une solution de Quinosol et des applications de pommade du type Witfield.

Le *15 novembre 1941*, les lésions ont évolué. Le jeune homme ne peut plus décalotter ; l'œdème préputial a cependant disparu, mais il existe une atrésie de l'orifice préputial qui est fissuré, saignotant, de couleur blanchâtre, comme enduit d'un dépôt crémeux mat. Le malade fait alors des injections sous-préputiales avec la solution de Quinosol déjà prescrite et des applications de pommade à l'acide benzoïque.

Le *23 janvier 1942*, la pommade à l'acide benzoïque n'est plus tolérée ; son application s'accompagne de brûlures désagréables ; elle est remplacée par une pommade à l'iodomaïsine à laquelle on adjoint des badigeonnages sous-préputiaux avec une solution de nitrate d'argent à 1/30.

Le *24 février 1942*, le petit malade est complètement guéri. La demi-muqueuse a repris son aspect normal et il décalotte facilement.

(1) Joulia et Lecoulant. Épidermomycose généralisée de la seconde enfance par champignons levuriformes. *Annales de Dermat.*, 1939, p. 545.

Cette guérison ne devait pas durer et six mois plus tard le jeune malade revenait nous consulter pour la même affection.

Mais cette fois les lésions n'ont plus tout à fait le même aspect : le reflet préputial et le gland sont recouverts d'un enduit très adhérent, blanc, terne, donnant à l'épiderme un aspect macéré, semblable à celui produit par l'application prolongée d'un pansement humide, très analogue aux lésions mycosiques anales et péri-anales.

Le traitement est repris, mais semble beaucoup moins actif que lors de la première atteinte. Les tissus sont plus fermes, infiltrés d'un œdème dur et le prépuce ne permet que difficilement le passage du gland.

Notre petit malade évolue donc vers la forme chronique et la période actuelle est la copie des descriptions classiques de la balanoposthite diabétique.

Cet aspect diffère considérablement de celui que nous allons trouver dans notre deuxième observation.

B) *Forme chronique*. — Ici, d'emblée, les lésions ont pris une allure torpide et elles sont devenues squameuses ; beaucoup plus limitées, elles n'occupent qu'une partie du prépuce et du gland. L'aspect rouge, lisse, luisant des plaques rappelle beaucoup plus celui des intertrigos mycosiques à levures de l'adulte. Le malade, non diabétique, présente également une mycose anale et des espaces interdigitaux des pieds.

Les squames, examinées après macération dans la potasse à 40 o/o, ne contenaient ni spores, ni filaments ; mais dans une biopsie, faite dans le but d'éclairer un diagnostic rendu hésitant par la longue durée de l'affection, nous avons pu déceler un amas de spores profondément situé dans la couche papillaire du derme.

Cette localisation profonde du parasite explique probablement la longue évolution et les récidives de l'affection. Elle témoigne d'un processus pathogène intense, mais aussi d'une allergie curieuse que nous avions déjà rencontrée dans l'observation du jeune enfant de 9 ans, atteint d'épidermomycose généralisée (*A. D. S.*, 1939).

La pénétration dans le derme d'un parasite habituellement épidermique paraît témoigner d'une virulence particulière de celui-ci ou d'une déficience des processus de défense ; elle explique l'inefficacité des traitements uniquement cutanés.

Obs. II. — V... René, âgé de 39 ans, est très préoccupé par des lésions de la verge qu'accompagne une vive démangeaison.

Rebelles et récidivantes, elles évoluent depuis 1934, date à laquelle le malade examiné pour la première fois par un spécialiste entend prononcer le mot de lichen plan (il est probable qu'à cette époque les lésions rappelaient celles décrites à la deuxième période dans notre première observation).

En 1936, il demande conseil à l'un de nous. Grâce aux notes, prises à ce moment, il est possible de reconstituer l'évolution de cette affection.

A la date du *6 décembre 1936*, V... présente un placard rouge desquamé, non infiltré, très nettement limité au gland et au reflet préputial. Il signale également un prurit anal, des lésions de mycose interdigitale des pieds. Le diagnostic de mycose ne semble faire aucun doute et le traitement comporte des applications de pommade à l'acide benzoïque à 1/30 et des badigeonnages d'alcool iodé à 1/100.

Le *11 février 1937*, la mycose anale et des espaces interdigitaux est très améliorée : celle du gland est nettement extensive. La pommade serait mal tolérée et le malade avoue ne l'avoir que peu appliquée.

On prescrit une pommade à la chrysarobine à 1/200. Le patient est revu plusieurs fois, rarement amélioré, présentant souvent des poussées nouvelles du côté du gland, malgré les applications de pommade à la chrysarobine ou à l'acide benzoïque.

Le *20 mai 1937*, il a paru guéri pendant quelques semaines, puis la mycose du gland a récidivé. On note plusieurs petits îlots desquamés nettement arrondis avec une très minime collerette desquamative.

Par endroits, on ne trouve pas de collerette, mais il existe un très minime bourrelet circulaire.

Le nitrate d'argent, le goudron, même une crème de zinc, n'ont pas d'action et semblent plutôt irriter les lésions. Un seul médicament est actif, c'est la pommade à l'acide benzoïque.

La mycose du pourtour de l'anus reparaît; on conseille une pommade spécialisée au Dioxyanthranol.

Le malade est revu le *9 novembre 1939* en excellent état.

V... est perdu de vue jusqu'au *18 août 1941*, date à laquelle l'un de nous l'examine.

La verge n'est pas modifiée d'aspect, ni de volume. Le prépuce découvre facilement le gland. Les lésions siègent sur sa face antéro-supérieure et symétriquement sur la muqueuse préputiale. C'est une plaque d'un rouge vineux, lisse, brillante et vernissée, très limitée par un bourrelet perceptible à la palpation, sans collerette desquamative (fig. 1).

La plaque oblongue gagne très lentement en formant des festons réguliers sur le sillon balanique et sur le reflet jusqu'au niveau du bord gauche du frein.

Au niveau du méat urinaire, une tache en coulée, de la dimension d'une lentille, a le même aspect que la plaque principale.

V... signale que ces plaques sont constamment recouvertes d'un enduit blanchâtre, épais, crémeux, d'odeur parfois fétide qu'il enlève par des lavages savonneux quotidiens. Il est véritablement torturé par des démangeaisons à maximum nocturne. Il s'inquiète également moralement car, depuis plusieurs mois, il ne peut accomplir ses devoirs conjugaux.

La région péri-anale est le siège d'une épidermo-dermite dont la bordure en collerette flottante, le fond macéré blanchâtre des plis radiés évoque manifestement la nature mycosique.

De nombreux coups d'ongle témoignent d'un prurit violent.

Les lésions interdigitales des pieds sont actuellement guéries.

L'état général de V... est excellent. C'est un homme robuste, bien constitué, qui ne présente aucune lésion viscérale apparente. Les urines ne contiennent que des traces d'albumine, pas de sucre; la glycémie est de 0 gr. 95 pour mille. L'aspect clinique des lésions préputiales, anales, la présence antérieure d'une mycose interdigitale ne laissent aucun doute sur la nature parasitaire de l'affection et cependant dans les multiples préparations faites à partir de l'enduit crémeux du gland, des lambeaux d'épiderme, nous n'avons jamais pu déceler de filaments ou de spores. On sait que cette recherche est parfois décevante pour les mycoses à pseudo-levures. Aussi, malgré cette épreuve négative, nous décidons de continuer de le traiter par la pommade au Dioxyanthranol.

Le *23 septembre 1941*, l'amélioration est manifeste, mais il existe une légère dermite chrysarobinique que quelques applications de pâte à l'eau vont calmer.

Le *7 octobre 1941*, les lésions de la verge sont améliorées; les plaques sont moins rouges et semblent en voie d'épidermisation. Par contre, la mycose interfessière et interdigitale des pieds, qui a reverdi, nécessite des applications journalières de pommade au Dioxyanthranol.

Les mois passent avec des alternatives de mieux et des poussées nouvelles chaque fois que, craignant une dermite chrysarobinique, le malade cesse d'appliquer la pommade.

En *janvier 1942*, V... est désespéré. La lésion de la verge a reparu et occasionne des démangeaisons extrêmement pénibles. Une biopsie est pratiquée et on conseille au malade de persister à appliquer la pommade à la chrysarobine à 1/100, qu'on alterne avec la pommade de Witfield.

Le *25 avril 1942*, le malade paraît guéri.

Le *24 juin 1942*, les lésions du gland, du reflet préputial ont disparu, mais au pourtour du méat, il existe une plaque bien limitée, à collerette desquamative, rouge vif, recouverte de squames très adhérentes. Par place ces squames recouvrent des vésicules jaunâtres en bouquet contenant du pus jaune verdâtre. L'examen



Fig. 1. — Mycose de la verge.

microscopique de ce pus et du plafond des vésicules n'a pas permis de déceler d'éléments sporulés ou filamenteux mais la culture a donné des colonies d'une pseudolevure type oïdium absolument pures. Le méat est en partie obstrué par une desquamation intense; il est également rouge vif. Il n'y a pas d'écoulement.

Le traitement est continué sans arrêt.

Anatomie pathologique. — La biopsie a été pratiquée à cheval sur la zone saine et la lésion, en plein bourrelet d'extension.

On retrouvera donc ces deux zones :

Alors qu'en zone saine, la couche épidermique est peu épaisse, sans parakératose, avec des cellules à éléidine, disposées en 2 à 3 couches, au niveau du bourrelet, la muqueuse est plutôt épaissie, avec par place, de l'œdème cellulaire et intercellulaire surtout marqué à mesure qu'on descend vers la basale.

Par place l'épithélium est abrasé. En surface, on constate l'existence d'une couche purulente avec un magma fibrineux emprisonnant des leucocytes polynucléés qui semblent détruire la partie supérieure de l'épiderme.

A ce niveau, la couche des cellules à éléidine a disparu. Les cellules du corps muqueux montrent de l'œdème cellulaire plus marqué que dans les autres parties. Les cellules sont altérées et les noyaux ont en partie disparu. On ne voit pas de filaments mycéliens ou sporulés. Les polynucléaires infiltrent toute cette zone. La couche basale est très œdémateuse, surtout au niveau des parties abrasées.

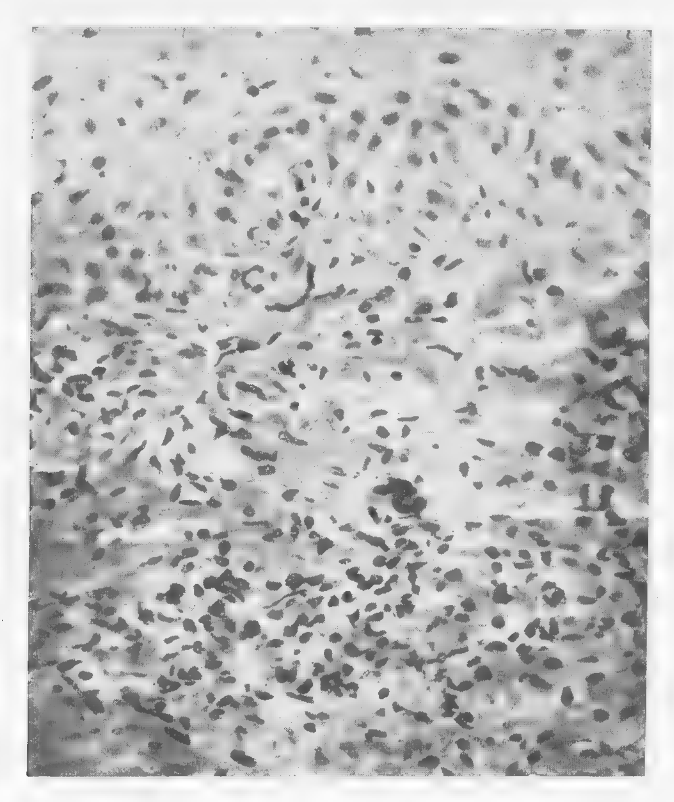


Fig. 2.

Le chorion est lâche dans la partie sous-épidermique; les papilles montrent des vaisseaux dilatés, engainés d'un infiltrat discret de cellules lymphoïdes. Assez nombreux histiocytes mélanophores. Au-dessous de la zone érodée, l'infiltrat dermique est beaucoup plus dense. Il est composé de lymphocytes, monocytes et cellules polynucléées. Ces cellules se tassent dans les interstices des faisceaux collagènes. Dans le derme sous-papillaire nous avons trouvé à proximité d'un capillaire, un amas dense de corpuscules de levures facilement reconnaissables à leur forme oblongue.

Pas de modification notable du derme profond. L'infiltrat ne dépasse guère le chorion sous-épidermique.

La présence de spores dans le derme papillaire indique une propension du parasite à émigrer de l'épiderme pour produire des lésions plus tenaces, difficiles à atteindre par l'emploi de pommades antiparasitaires habituelles, d'où la longue évolution de l'affection qui n'est certainement pas à l'abri d'une récidive.

*
* *

Tels sont les deux aspects de la balanoposthite mycosique à levure.

La forme aiguë vésiculo-pustuleuse rappelle sans doute beaucoup le muguet buccal de l'enfant avec ses grumeaux analogues au lait caillé. Plus tard, en prenant une allure subaiguë, c'est aux mycoses de l'anus, avec cet aspect blanchâtre, macéré, légèrement œdémateux qu'elle ressemblera.

La forme chronique, d'allure plus torpide encore, est constituée par des plaques plus localisées, rouge foncé, lisses, mais limitées par un bourrelet ou une collerette ; elle est d'une ténacité et d'une torpidité digne d'être notées. Leur aspect lisse, brillant, vernissé, fissuré rappelle celui des épidermodermites à levure des plis chez le nouveau-né, ou l'intertrigo sous-mammaire des femmes obèses.

Leur diagnostic semble facile et cependant la confusion est possible avec des affections bien différentes.

a) La forme aiguë est de diagnostic aisé quand le gland est découvert ; il n'en est pas ainsi quand la verge est le siège d'un gros œdème inflammatoire avec phimosis serré.

Il sera tout de même possible de rechercher les lésions caractéristiques sur les bords de l'orifice préputial, et au besoin l'examen du pus permettra de reconnaître les paquets de spores souvent en culture pure.

Quand le gland est à découvert, les vésiculettes à contenu laiteux, les érosions rouges, brillantes, bordées de la collerette flottante, l'aspect macéré blanchâtre des fissures de l'orifice préputial sont suffisamment significatifs. Les balanites à pyocoques, si fréquentes dans le diabète, prennent habituellement une allure aiguë. Elles s'associent d'ailleurs souvent à l'infection mycosique. L'examen du pus évitera leur confusion avec la forme qui nous intéresse.

Il faudrait un examen par trop rapide et superficiel pour confondre cette affection avec une des nombreuses balanites aiguës secondaires à l'herpès, à la blennorragie aiguë, au chancre mou, au chancre syphilitique, aux plaques muqueuses balanopréputiales.

Mais il est une affection plus rare, décrite par Du Castel et que certains rapportent au staphylocoque : la *balanite pustulo-ulcéreuse*. Cette infection survient quelques jours après un coït et débute par des pustulettes acuminées jaunâtres, disséminées sur la muqueuse laissant, une fois crevées, des ulcérations assez profondes cerclées de rouge, à fond pultacé, qui peuvent par confluence envahir toute la demi-muqueuse balanique. La suppuration est abondante, mais l'affection indolore guérit sans laisser de cicatrices. C'est la profondeur des lésions ulcéreuses qui différencie cette balanite de l'infection à pseudo-levure où il n'existe qu'une exulcération très superficielle.

La *balanite érosive circinée* de Berdal et Bataille, rapportée à l'association fusospirillaire, bien plus fréquente, est également bien différente. Elle survient après un rapport, chez des sujets négligents de leur toilette intime et se traduit par des arcades superficielles érosives, bordées d'un liseré blanc. La muqueuse rouge saigne facilement. La sécrétion est fétide, abondante ; l'affection est traînante, les récidives sont fréquentes si le malade ne modifie pas sa mauvaise hygiène.

La forme subaiguë ou chronique peut simuler :

Le *lichen plan*. Cependant les lésions blanches, en stries saillantes, en nappe. rappelant les localisations buccales en feuilles de fougère ou de chêne, les circinations en papules, à groupement annulaire ou marginé ne rappellent guère les lésions en plaques lisses, brillantes, vernissées que présentait le malade de l'observation II.

Le lichen plan du gland est rare, il s'accompagne habituellement d'autres localisations sur les muqueuses, sur la peau avec ses papules dures, douces au toucher, polygonales, brillantes.

Le *psoriasis* du gland peut également prêter à confusion. Cette localisation du psoriasis est rare et beaucoup en affirment l'existence sans la décrire. Brocq la compare aux plaques de syphilides papulo-squameuses et signale la difficulté du diagnostic. Nous n'avons jamais observé de psoriasis uniquement localisé au gland. Nous avons parfois remarqué une atteinte de la verge dans les psoriasis intervertis qui peuvent simuler à s'y méprendre les épidermomycoses des plis.

La *balanoposthite décrite par Thibierge* (séance du 13 mai 1920 de la Société de Dermatologie) avec ses taches rouge foncé, brillantes, à surface lisse et uniforme à bords nettement limités, rappelle tellement la description de notre deuxième malade que l'on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une épidermomycose du gland. Et cependant, dans toute la discussion qui suivit la présentation, il n'a jamais été fait allusion à cette affection.

Par contre, la discussion porta surtout sur la confusion possible avec *l'érythroplasie de Queyrat* qui est une précancérose. Dans cette affection (W. Dubreuilh) les plaques sont très limitées, homogènes, rouge vif, unies, vernissées ou humides, saillantes ou de niveau avec une très légère induration parcheminée et parfois une légère bordure hyperkératosique blanchâtre. L'évolution est toujours lente mais sans régression. De l'avis de Darier, Thibierge, la confusion est facile avec les balanoposthites diabétiques.

C'est l'histologie qui nous permit d'éliminer cette affection en mettant en évidence un groupe de spores dans la couche superficielle du derme.

Bénignes, *quoad vitam*, ces balanoposthites sont désespérément récidivantes et obéissent mal à la thérapeutique habituellement employée dans les autres localisations mycosiques à levure.

Comme elles évoluent souvent chez des gens jeunes, en pleine activité génitale, elles créent par leur ténacité, leur récidive, un état dépressif qui est la véritable gravité de l'affection.

Il est important de savoir les différencier de l'érythroplasie de Queyrat, dont le pronostic est autrement grave.

A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE DU GRANULOME ANNULAIRE

SES ANALOGIES HISTOLOGIQUES AVEC LES NODOSITÉS RHUMATISMALES SOUS-CUTANÉES

Par M. BOLGERT

Le point de départ de ce travail est l'examen d'une biopsie d'un granulome annulaire, cliniquement banal, mais dont les caractères histologiques étaient remarquablement identiques à ceux de certains nodules rhumatismaux sous-cutanés. Aussi nous a-t-il paru intéressant de reprendre l'étude de cette affection à l'aide de quelques cas recueillis durant ces dernières années dans la collection histologique de notre Maître le Professeur Sézary, et de tenter d'en proposer une pathogénie nouvelle. Voici tout d'abord le compte rendu du premier cas qui a retenu notre attention.

Cas I. — Mlle H..., 33 ans, n° 3.143. Granulome annulaire de la région phalango-métatarsienne évoluant depuis deux ans.

Couche cornée épaissie. Les crêtes interpapillaires sont un peu inégales, l'épiderme s'amincit nettement au niveau de la lésion dermique. Celle-ci se présente sous la forme d'une plage ovalaire, à contours arrondis occupant toute la hauteur du derme ; les fibres conjonctives conservent dans l'ensemble leur disposition fasciculée, mais elles semblent gonflées, relativement pâles en coupe transversale, plus fortement éosinophiles en coupe longitudinale. Il s'agit là déjà d'un collagène modifié ; du reste, les fibroblastes ne sont représentés que par des éléments relativement rares à noyau foncé picnotique.

Dans la partie centrale de la lésion, suivant une zone vaguement quadrilatère, les faisceaux deviennent franchement indistincts, et très fortement éosinophiles, réalisant l'aspect classique de la nécrose fibrinoïde ; mais on y retrouve encore quelques noyaux colorés, comme il est de règle. A la périphérie de la lésion, on retrouve également un anneau d'épaisseur inégale de nécrose fibrinoïde, limité du côté externe par une réaction inflammatoire qui l'entoure presque complètement (fig. 1). Au point où celle-ci fait défaut, la nécrose fibrinoïde fait place insensiblement à des fibres conjonctives de plus en plus normales d'aspect. Quant à la réaction inflammatoire, elle est constituée d'histiocytes à gros noyau relativement clair, possédant une chromatine souvent ponctuée, de forme arrondie ou allongée normalement à la lésion. Ces histiocytes disposées sur plusieurs couches ébauchent par places une disposition palissadique, ou prennent par endroits une allure vaguement épithélioïde. Ajoutons enfin que sur une partie de la périphérie de cette zone inflammatoire, on trouve une bande de collagène à disposition circulaire simulant un début d'enkystement (fig. 2).

Le derme environnant est occupé par des foyers histiolymphocytaires centrés par un vaisseau en état de réaction inflammatoire légère. L'importance de ces foyers diminue rapidement à mesure que leur siège est plus éloigné de la lésion.

Enfin sur l'une des coupes de ce granulome on peut en outre constater l'existence d'une bulle, caractérisée par un décollement total de l'épiderme sus-jacent a la lésion. Dans la cavité ainsi formée, on retrouve des filaments de nécrose fibrinoïde, et d'assez nombreux éléments mononucléés d'allure picnotique. Il s'agit là sans aucun doute d'un remaniement secondaire.

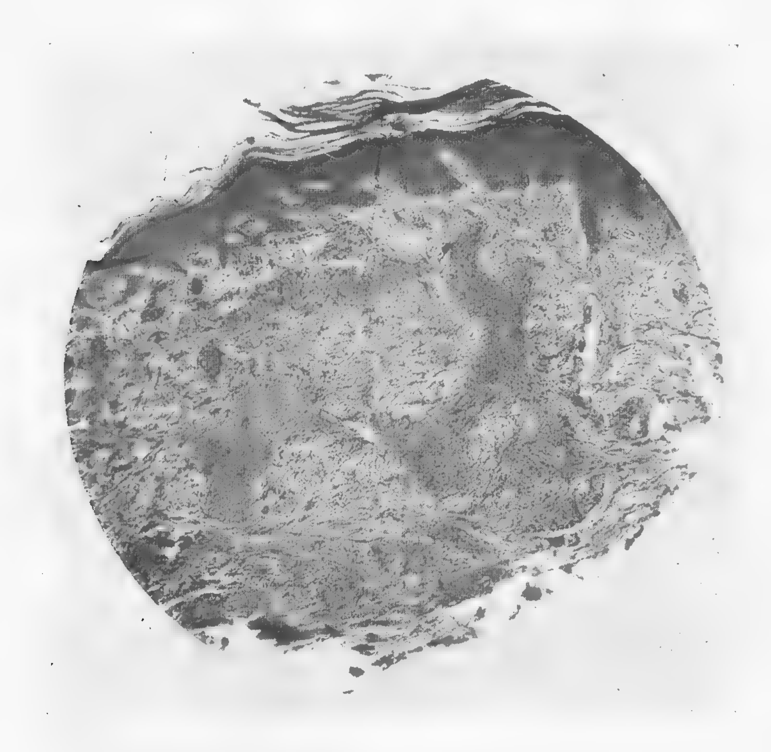


Fig. 1. — *Le granulome annulaire dans son ensemble* (Cas I). — Sous un épiderme hyperacanthosique, le granulome apparaît dans le derme sous forme d'une plage irrégulièrement ovalaire, à limite inférieure concave. — Sur cette microphotographie, la nécrose fibrinoïde est particulièrement visible à la périphérie, en haut, à droite et en bas, sous forme également d'une plage quadrilatère en bas et à gauche. Elle est moins nette dans la partie centrale parce qu'elle y est encore associée à du collagène subnormal. Noter l'existence de réactions inflammatoires avec dilatations vasculaires autour de la lésion (Hématéine-éosine. Gr. : 40).

Après coloration de Masson (hématéine-fuchsine ponceau-bleu d'aniline), la nécrose centrale et périphérique se présente avec un aspect fibrillaire, colorée en rouge comme la fibrine ; les deux zones sont d'ailleurs unies l'une à l'autre par des coulées d'aspect analogue, entre lesquelles on retrouve des faisceaux de collagène coupés transversalemnt, colorés en bleu : leur densité et leur importance sont variables selon les points. A la périphérie de la lésion la zone rouge de nécrose fibrinoïde se perd progressivement en traînées de plus en plus grêles sur les infiltrats périvasculaires périphériques, cependant que le collagène morphologiquement et tinctorialement normal, prend de plus en plus d'importance.

Enfin, des colorations par la méthode de Laidlaw montrent la conservation d'un réticulum assez dense et serré dans les zones de nécrose fibrinoïde.

La description précédente peut s'appliquer presque intégralement aux nodules sous-cutanés rhumatismaux de Meynet, identiques histologiquement aux nodosités juxta-articulaires, observées chez des sujets atteints de

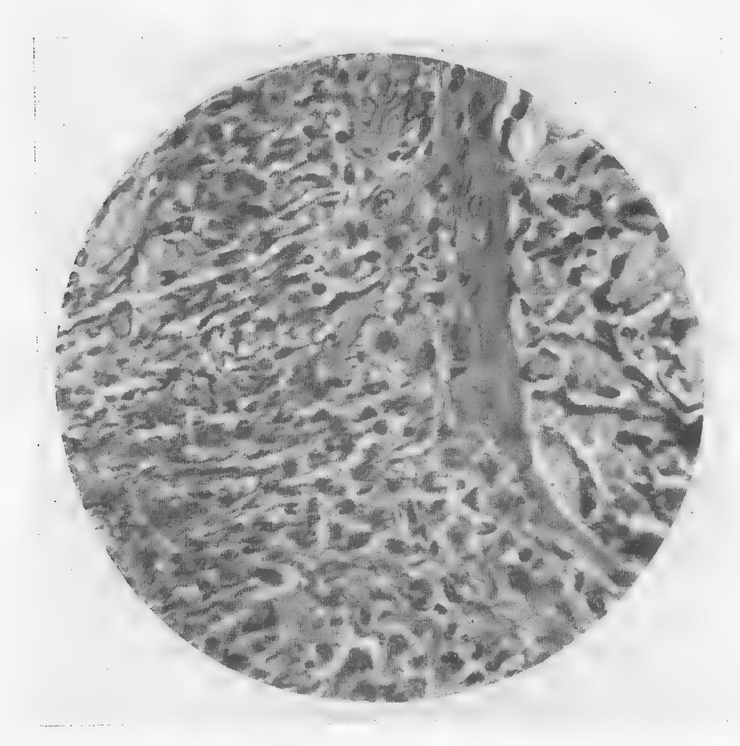


Fig. 2. — *Partie périphérique droite du granulome* (Cas I). — A gauche, début de la zone de nécrose fibrinoïde. Dans la partie centrale, plusieurs assises d'histiocytes à disposition vaguement palissadique en haut et au milieu, prenant une allure un peu épithélioïde à la partie inférieure. Cette prolifération histiocytaire est limitée à droite par une bande de collagène réalisant dans cette région un début d'enkystement, et séparant la lésion du collagène normal (Hématéine-éosine. Gr. : 400).

syphilis ou de pian. Ils ont été étudiés par différents auteurs (Lutz, Jeanselme, Carey Coombs, F. Swift, Fahr). Dans ces dernières années, M. P. Weil et Delarue, puis F. Coste, Saënz et Bolgert leur ont consacré des études histologiques.

Apparaissant par poussées, en nombre variable, en certaines régions de prédilection (olécrâne, jambe, cou de pied, épaule, cuir chevelu), ils s'observent essentiellement au cours de rhumatismes évolutifs, qu'il s'agisse de formes sévères et prolongées de maladie de Bouillaud, de maladie de Charcot, ou d'autres syndromes rhumatismaux.

Histologiquement, M. P. Weil et Delarue leur ont décrit différents

aspects. Le plus typique est réalisé par une zone centrale de nécrose acidophile, granuleuse, incomplète, dite fibrinoïde, à contours souvent polycycliques ; une zone moyenne de prolifération conjonctive intense, formée de fibroblastes, disposés en séries parallèles, séparées par des faisceaux collagènes, prenant souvent une disposition radiée, au contact de la nécrose ;

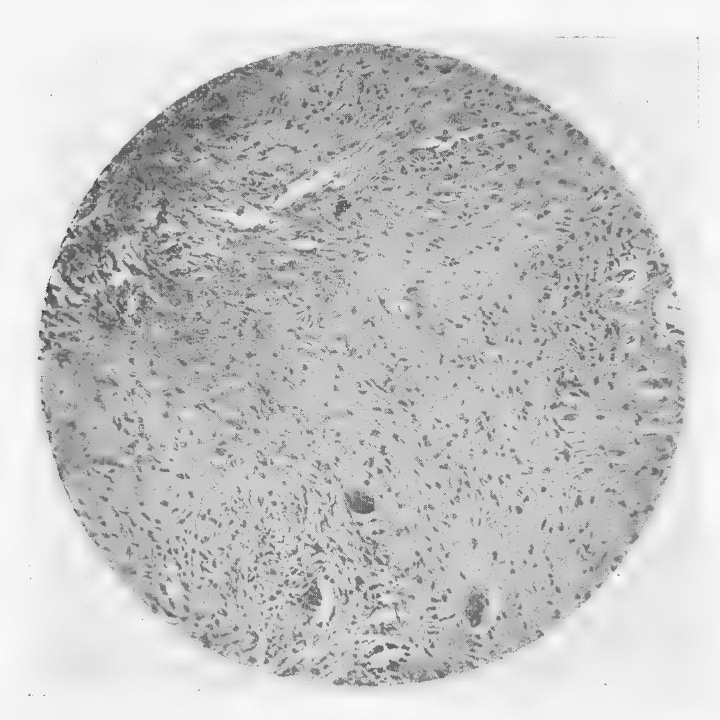


Fig. 3. — *Nodule rhumatismal.* — Aspect de nodule rhumatismal avec importante sclérose réactionnelle. En haut et à gauche, début de la zone de nécrose fibrinoïde qui, sur la droite, fait place progressivement à un collagène normal. Sur les bords de cette nécrose, nombreux fibroblastes sans disposition palissadique très nette. Le reste de la préparation est constitué par un tissu collagène dense, semé de nombreux fibroblastes. En bas, dans une zone un peu inflammatoire, présence de trois cellules géantes au milieu de lymphocytes. A noter leur siège tout au voisinage de la sclérose (Hématéine-éosine. Gr : 140).

une zone périphérique, enfin, d'aspect granulomateux, constituée d'un tissu conjonctif jeune, avec vaisseaux néoformés, entourés d'histiocytes nombreux, de lymphocytes, de plasmocytes, avec parfois quelques polynucléaires ; on peut y trouver des macrophages volumineux et même des plasmodes multinucléés (fig. 3).

Comme on le voit, l'aspect classique du nodule rhumatismal est réalisé presqu'intégralement par notre cas de granulome annulaire qui apparaît, si l'on peut dire, comme une « nodosité rhumatismale dans le derme ».

L'étiologie de ces formations a été fort discutée. Rattachées d'abord au

pian et surtout à la syphilis (Bertin, Lutz, Jeanselme), ces lésions ont été considérées ultérieurement comme secondaires des causes diverses (Gougerot, Burnier, Joyeux)). Les recherches bactériologiques et parasitologiques ont donné le plus souvent des résultats discutables et, pour M. P. Weil et Delarue, pour F. Coste, Saënz et nous-même, il s'agit de lésions d'ordre hyperergique, au sens où l'entendent Klinge, Rœssle, et Roulet. C'est dire que ce sont des manifestations histologiques essentiellement caractérisées par l'œdème et la nécrose du tissu conjonctif, survenant chez des sujets en état d'allergie ; les infiltrats, la réaction fibroblastique et la sclérose apparaissent comme des phénomènes secondaires à ces processus fondamentaux.

De l'identité histologique, il semble qu'on puisse à bon droit conclure à une pathogénie analogue et nous sommes ainsi amené à considérer notre cas de granulome comme une manifestation hyperergique.

Nous voudrions maintenant montrer à l'aide de quatre autres cas que si la nature tuberculeuse de l'affection paraît histologiquement très discutable, aucun fait ne vient s'opposer à son origine hyperergique.

Cas II. — Mme V..., 33 ans, n° 602. Granulome annulaire de la racine du nez évoluant depuis quatre mois.

Sous un épiderme à limite inférieure rectiligne, le derme très riche en glandes sébacées, présente une lésion d'allure spéciale, caractérisée par une nécrose ébauchée, du tissu conjonctif; les fibres collagènes perdent leur individualité devenant fortement éosinophiles, mais elles sont encore assez riches en fibroblastes qui paraissent même plus abondants que normalement. A la périphérie de cette zone, on constate l'existence de gros histiocytes, de quelques cellules épithélioïdes, et de nombreuses formations giganto-cellulaires, plus ou moins groupées dont certaines ont l'allure de cellules de Langhans, mais dont la plupart évoquent davantage les éléments réactionnels des lésions par corps étrangers. Plus périphériquement, existe une réaction inflammatoire faite de cellules lymphoïdes groupées en amas et souvent centrées par des capillaires dilatés. Cette réaction prolonge en quelque sorte la lésion, et s'étend superficiellement jusqu'au contact de la basale, profondément jusqu'à l'hypoderme. A noter l'existence des vaisseaux lymphatiques dilatés à siège hypodermique et sous-épidermique (fig. 4).

La coloration trichromique de Masson montre d'évidentes modifications du collagène au sein de la lésion : le collagène paraît dissocié par l'infiltrat, les fibres semblent morcelées, leur teinte bleue devenant violacée; elles se dissocient progressivement en un réseau de fines fibrilles de teinte variable, bleue ou rouge. A la périphérie, elles reprennent un aspect normal par îlots de plus en plus agminés. Il est remarquable de voir que la réaction giganto-cellulaire se trouve souvent à la limite de la lésion, au contact des îlots de collagène et de tels aspects nous paraissent en faveur d'un rôle phagocytaire exercé par ces éléments aux dépens du collagène modifié. L'examen de coupes colorées à l'hématoxyline phosphotungstique de Mallory fournit des constatations à peu près analogues en ce qui concerne les altérations du collagène.

Ici encore l'imprégnation des coupes par la méthode de Laidlaw montre la conservation du réticulum représenté par de fines fibres courtes, morcelées, tronçonnées, ayant perdu leur disposition en réseau, mais non disparues.

Cas III. — M. K..., 50 ans, n° 1.792. Lésions à type de granulome annulaire siégeant sur le dos de la main droite associées à des lésions d'aspect analogue de la région sous-scapulaire et sous-claviculaire droite, évoluant depuis deux ans.

Sous un épiderme assez mince, avec atténuation des crêtes intercapillaires, le derme est occupé par un nodule central entouré à quelque distance d'une couronne d'îlots inflammatoires.

Le nodule est constitué par une prolifération d'histiocytes anastomosés à protoplasma assez éosinophile, à noyau relativement clair, l'ensemble prenant une forme irrégulièrement étoilée. Ces éléments s'insinuent entre les faisceaux collagènes en les dissociant (1). Leur polymorphisme est net car ils tendent tantôt vers un état fibroblastique, tantôt vers un aspect épithélioïde; ils peuvent alors entrer en coalescence, réalisant un aspect giganto-cellulaire. A ces éléments se joignent des cellules lymphoïdes assez peu nombreuses mélangées aux histiocytes ou groupées en



Fig. 4. — *Partie périphérique du granulome annulaire* (Cas II). — Aspect général hautement tuberculoïde. A gauche et jusque dans la partie médiane, nécrose incomplète, granuleuse, de type fibrinoïde. En haut à gauche et dans toute la partie médiane, nombreuses cellules géantes de dimension et de forme variables. La plus inférieure est d'aspect très langhansien mais dans l'ensemble leurs contours sont plus nets que ceux des cellules géantes tuberculeuses. Quelques cellules épithélioïdes. A droite, infiltrat formé d'histiocytes et de cellules lymphoïdes.
Contre l'origine tuberculeuse, on peut faire valoir les caractères particuliers de la nécrose, l'excès même d'abondance des cellules géantes, la rareté relative des épithélioïdes, l'absence enfin de toute véritable disposition folliculaire (Trichrome Masson. Gr. : 400).

petits amas en quelques points de la périphérie du nodule. On ne saurait en tout cas parler d'une véritable disposition folliculaire et il est remarquable de voir les éléments giganto-cellulaires au contact même du collagène sain.

Tout autour de cette lésion, en surface, latéralement et profondément, existent des amas inflammatoires à topographie périvasculaire, formés d'éléments le plus

(1) Pautrier a déjà attiré l'attention sur des aspects analogues de certains granulomes annulaires.

souvent arrondis, d'allure histiocytaire, lymphoïde, ou même plasmocytaire, constituant aux vaisseaux des manchons d'épaisseur variable. Dans l'un d'eux, on peut caractériser une cellule géante.

Le derme environnant est semé d'histiocytes isolés, mais, notoirement plus nombreux que normalement ; beaucoup sont remarquables par leur volume qui s'accroît à mesure qu'ils sont plus proches de la lésion nodulaire, en même temps que leur morphologie se rapproche des éléments qui le constituent.

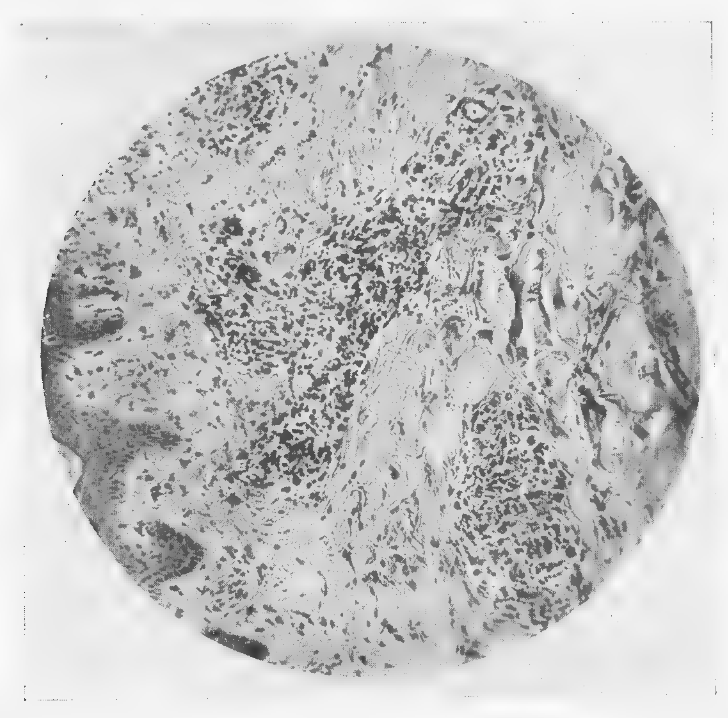


Fig. 5. — *Aspect général du granulome annulaire* (Cas IV). — A gauche, épiderme. Dans le derme, aspect de trois des nodules qui constituent la lésion. On peut remarquer leur forme générale ovalaire, la présence de capillaires à leur intérieur, leur limitation précise, au sein d'un collagène d'aspect légèrement hyalin, et un peu plus riche en fibroblastes qu'à l'état normal (Hématéine-éosine. Gr. : 150).

La coloration trichromique au vert lumière, ne met en évidence aucune modification du collagène entre les infiltrats : les fibres conjonctives restent colorées en vert. De même, au Mallory, la coloration du derme est nettement pourpre.

Il n'existe que des modifications légères de la réticuline qui est seulement un peu dissociée et morcelée au niveau des infiltrats mais n'a pas disparu ; le reste du réticulum prend la coloration rouge du collagène.

Cas IV. — M. B..., n° 1.755. Granulome annulaire siégeant à l'hémi-thorax gauche, datant de trois mois.

Sous un épiderme relativement mince, le derme est occupé par une dizaine de nodules inflammatoires, arrondis ou allongés perpendiculairement à la surface cutanée. L'un d'eux est constitué de cellules histiocytaires de type épithélioïde, à noyau très clair, souvent porteur d'un ou deux nucléoles, à protoplasma également éosino-

phile, dont les limites sont un peu estompées. Ces cellules sont fréquemment anastomosées, et tendent à ébaucher des formations giganto-cellulaires. Elles sont mêlées de quelques cellules lymphoïdes. A l'une des extrémités de la coupe, existe un vaisseau à endothélium un peu turgescent et renfermant dans sa lumière quelques polynucléaires. Un autre nodule est formé d'éléments dont la nature histiocytaire ne saurait faire de doute, mais qui sont moins volumineux, plus arrondis, à noyau plus foncé, granuleux, en somme plus franchement lymphoïde. Le reste des nodules

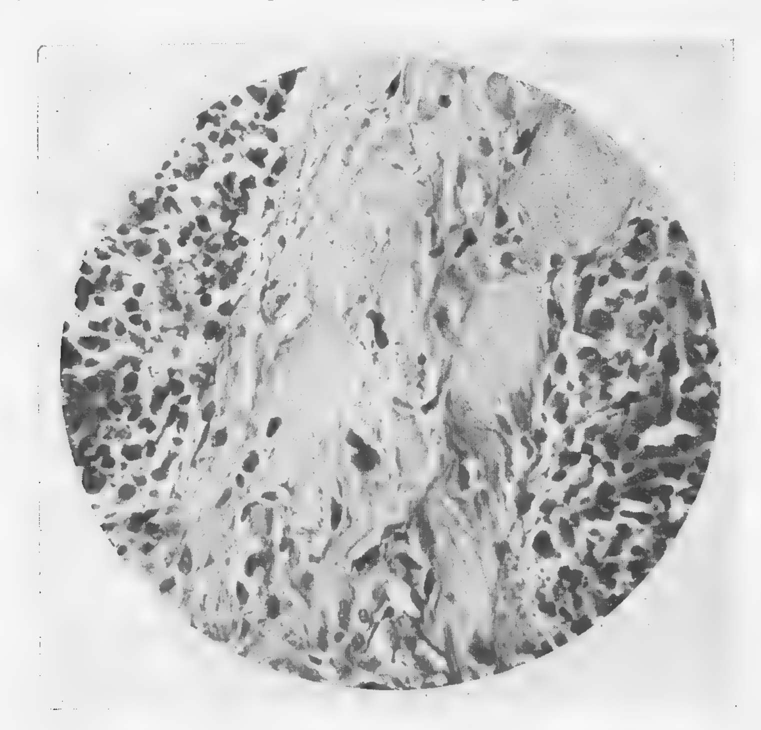


Fig. 6. — *Détails de la partie médiane de la figure 5.* — A gauche, partie inférieure droite du nodule central : il est formé de cellules arrondies à noyau foncé, ce sont des histiocytes et des lymphocytes d'origine histiocytaire. A droite, partie supérieure gauche du nodule inférieur, constitué de cellules polygonales plus volumineuses, à noyau plus clair, de type épithélioïde, rappelant un peu les éléments de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, mais s'en distinguant par des limites plus nettes, et une individualité plus grande.
Au centre, le collagène dermique d'aspect un peu hyalin est semé de fibroblastes souvent arrondis, plus nombreux que normalement, et paraissant en voie de mobilisation (Hématéine-éosine. Gr. : 400).

participe dans une mesure variable de l'un ou l'autre type, mais tous sont remarquables par leur limitation relativement précise et la présence constante de vaisseaux en réaction inflammatoire. Le derme, dans l'intervalle de nodules, est semé d'histiocytes volumineux à tendance épithélioïde (fig. 5 et 6).

Au trichrome de Masson (vert lumière), les faisceaux du derme présentent une coloration normale. Au Mallory, on ne constate pas non plus de modification notable du collagène. Enfin il n'existe pas de modification fondamentale de la réticuline dans les infiltrats : elle y apparaît dissociée en fibrilles grêles, fines et courtes, mais elle n'est pas détruite.

CAS V. — M. Le B..., n° 3.235, 47 ans. Lésion papuleuse de la verge s'étalant circulairement, molle, à épiderme aminci, de coloration rose brun, légèrement télangiectasique par places, apparues depuis six mois; histologiquement granulome annulaire.

Épiderme aminci avec atténuation des crêtes interpapillaires. Sous toute son étendue, il existe des traînées de cellules inflammatoires, circonscrivant incomplètement et irrégulièrement des plages de tissu conjonctif, occupées elles-mêmes par des zones de nécrose débutante. Les éléments cellulaires sont des histiocytes, des fibroblastes, de grands plasmocytes, ainsi que des cellules lymphoïdes, à noyau souvent vésiculeux et nucléolé. Ils dissocient sans les détruire les faisceaux du derme. Dans les zones d'aspect nécrotique, le collagène devient granuleux, et il est occupé par des cellules épithélioïdes, groupées en amas, à protoplasma éosinophile, à limites imprécises et possédant un noyau clair. Les cellules géantes sont relativement rares mais existent ; elles occupent en général la périphérie de la nécrose.

Après coloration trichromique au vert lumière, on peut confirmer la nécrose du collagène au sein des nodules épithélioïdes. Dans l'intervalle de ceux-ci, les fibres collagènes présentent un certain degré de métachromasie sur la valeur de laquelle nous ferons toute réserve, alors que le conjonctif hypodermique est très nettement vert. Par contre la coloration du Mallory ne montre pas d'évidentes modifications de la coloration du collagène mais confirme son état dissocié dans les infiltrats.

Le réticulum, après coloration de Laidlaw, apparaît modifié mais non détruit, sous forme de fines fibrilles courtes et tronçonnées au niveau des infiltrats. Entre ceux-ci, le réticulum prend la coloration rouge du collagène (1).

En étudiant ces cinq cas d'une façon synthétique, on saisit leurs analogies évidentes, en même temps que leurs modalités histologiques diverses.

La *nécrose fibrinoïde* existe dans trois cas sur cinq : sous forme d'une plage unique, plus ou moins étendue, dans les cas I et II ; elle procède par foyers multiples dans le cas V ; elle fait défaut dans les cas III et IV.

Les cellules *épithélioïdes* ont été constamment rencontrées, soit à la périphérie de la zone de nécrose (cas II), soit groupées en nodules, où elles constituent l'élément prédominant (cas IV et V), très souvent leur morphologie est ébauchée (cas I et III). Les *cellules géantes* existent dans les cas II, III, IV et V. D'aspect variable, parfois tout à fait langhansiennes, isolées ou groupées, on les trouve souvent au bord de la nécrose fibrinoïde, mais fréquemment aussi à la périphérie des zones inflammatoires, presque au contact des premières altérations du collagène, d'aspect encore presque normal (2). Des *lymphocytes* d'origine histiocytaire, participent à la réaction périphérique dans les lésions à nécrose massive, ou forment des foyers nodulaires, à l'état pur ou mêlés d'éléments épithélioïdes. Ajoutons qu'il existe toujours des *histiocytes* en grande abondance ; ils sont à l'origine des éléments précédents, mais peuvent subir d'autre part la métamorphose fibroblastique ou plasmocytaire (Cas V).

Si la plupart de ces types cellulaires font partie du tableau histologique de la tuberculose, leur valeur n'apparaît nullement spécifique, c'est là

(1) En raison des restrictions imposées, nous n'avons pu faire reproduire les coupes histologiques des cas III et V.

(2) Un tel aspect est figuré dans une planche de l'article classique de PAUTRIER (*Nouv. Prat. Derm.*, t. 3, p. 832, fig. 169) et nous ne saurions suivre l'auteur, malgré sa haute compétence histologique, quand il affirme le caractère typiquement tuberculeux de cette image.

une notion encore trop méconnue. Mais nous retiendrons surtout deux arguments contre l'origine tuberculeuse du granulome annulaire, encore défendue par Papavram dans sa thèse, précisément à l'aide d'arguments histologiques. Le premier résulte du caractère de cette nécrose, partielle, incomplète, dont l'élément essentiel est une dissociation fibrillaire qui n'a nullement l'allure de la caséification. Nous savons bien qu'on peut nous objecter que le granulome annulaire serait une tuberculose atypique : nous concevons alors assez mal qu'il puisse quand même évoluer vers la nécrose sans en réaliser l'aspect habituel. Le second argument que l'on peut faire valoir est l'absence de toute organisation folliculaire véritable. On ne retrouve jamais en effet la morphologie du follicule avec ses cellules géantes centrales, en voie de caséification, entourées d'un anneau de cellules épithélioïdes et d'une couronne plus périphérique de lymphocytes. Nous avons déjà précédemment relevé le siège fréquent des cellules géantes à la périphérie des foyers inflammatoires, au contact d'un collagène à peine modifié. De tels aspects évoquent beaucoup plus la réaction macrophagique à corps étranger.

Les cellules épithélioïdes à noyau plus colorable, à protoplasma moins éosinophile, à contours plus nets et plus anguleux que les cellules épithélioïdes tuberculeuses (1) se groupent souvent en foyers presque purs. Si elles s'associent à des lymphocytes, on ne retrouve jamais avec netteté ni la couronne lymphoïde périphérique, ni l'extinction progressive de la réaction inflammatoire, observées dans les lésions tuberculeuses. Ici, le plus souvent l'état inflammatoire uni ou pluricentrique s'arrête brusquement au contact d'un collagène presque sain.

Rappelons d'ailleurs que, pour des motifs histologiques voisins des nôtres, Civatte dans son remarquable rapport de 1938 avait déjà mis en doute l'origine tuberculeuse du granulome annulaire ; et la même année, Boucheron, dans sa thèse consacrée à l'étude de 175 cas, adoptait la même réserve.

Absence constante d'organisation folliculaire véritable, absence de caséification typique, voilà, semble-t-il, deux arguments qui comptent, et nous avouons comprendre assez mal la ténacité des partisans de l'origine tuberculeuse du granulome annulaire. Ajoutons qu'on n'a peut-être pas attribué à un fait clinique tout son intérêt : c'est la curabilité possible du granulome après biopsie ; a-t-on jamais vu une lésion tuberculeuse guérir dans des conditions identiques ?

Notre théorie de l'origine hyperergique du granulome annulaire rend compte de manière infiniment plus satisfaisante des faits histologiques. Dans les cas I et II, il existe des plages de nécrose fibrinoïde qui possèdent bien tous les caractères décrits par Klinge : les fibres conjonctives ne sont pas détruites, mais tuméfiées, œdémateuses et dissociées, tendant à prendre les affinités tinctoriales de la fibrine (fibrinoïde Verquellung de Klinge ou turgescence fibrinoïde de Duvoir et Pichon). La persistance de la réticuline décelée par des colorations appropriées, comme celle de Laidlaw, signe

(1) Ces caractères des cellules épithélioïdes les différencient également des éléments constituant la lésion de la maladie de Besnier-Beck-Schaumann avec laquelle la confusion n'est pas possible.

l'absence de destruction totale du collagène. Cette nécrose fibrinoïde nous paraît le phénomène fondamental. A partir de là, l'évolution anatomique peut varier, de même que pour les nodosités rhumatismales sous-cutanées. Et, comme nous l'avions déjà soutenu pour ces dernières, les modalités évolutives semblent indépendantes de l'ancienneté de la lésion.

Le cas I durait depuis deux ans, réalisant le type de la nécrose enkystée. Dans le cas II, évoluant depuis 4 mois, la nécrose est moins étendue et la réaction giganto-cellulaire périphérique traduit très vraisemblablement un phénomène de macrophagie que vient confirmer l'état inflammatoire plus marqué que dans le cas I. Le cas V, d'aspect très évolutif présente des zones de nécrose disséminée, déjà occupées par une réaction épithélioïde. Les cas III et IV représentent des stades encore plus avancés. Les foyers de cellules lymphoïdes et épithélioïdes, encore nombreux dans le second, qui durait depuis trois mois sont extrêmement discrets dans le premier ayant débuté deux ans avant et paraissant en pleine réparation.

En conclusion, le granulome annulaire, malgré sa structure tuberculoïde, ne serait pas une tuberculide au sens où l'entendait Darier ; en raison de l'identité de ses aspects avec les nodosités rhumatismales sous-cutanées dont la nature hyperergique est admise, nous invoquons pour lui la même origine. La nécrose fibrinoïde restera donc sa lésion fondamentale ; ultérieurement elle pourra disparaître : les plages épithélioïdes et les formations giganto-cellulaires en seront le témoignage. D'ailleurs, notre étude montre l'existence de faits de passages entre ces aspects extrêmes, expliquant ainsi le polymorphisme histologique de l'affection.

Il est vraisemblable que de nombreuses infections peuvent déterminer cette hyperergie cutanée : syphilis, lèpre (B. Saënz et O. Oteiza), tuberculose surtout, mais encore davantage selon nous, des états infectieux variés. Ces derniers mériteraient sans doute d'être aussi systématiquement recherchés que les grandes infections classiques. C'est ainsi que Midana, qui considère l'affection comme un syndrome, relate l'observation d'un enfant de six ans, indemne de tuberculose, mais sujet à des amygdalites à répétition, qui, au décours de l'une d'elles, présenta des granulomes aux deux pieds.

La constatation de germes figurés dans les lésions : bacille de Koch (cas unique d'Otto Dietrich), bacille de Hansen dans un granulome cliniquement et histologiquement typique, observé chez un lépreux par R. Montel (communication orale), ne saurait constituer une objection à la théorie hyperergique : outre qu'il s'agit là de faits aussi rares que ceux analogues concernant les nodules rhumatismaux, n'est-il pas possible de supposer que la lésion, apparue à la suite de réactions allergiques, constitue un point d'appel pour les agents pathogènes au cours d'une bactériémie, dépendante de l'affectation causale ?

Réaction de sensibilisation du mésenchyme à des agents divers, le granulome annulaire serait ainsi à rapprocher des processus rhumatismaux. En raison de l'action relativement élective du salicylate de soude sur ceux-ci,

il serait intéressant d'essayer ce médicament, par voie intraveineuse de préférence, dans le traitement de celui-là. Son efficacité éventuelle serait un argument d'une certaine valeur en faveur de la théorie hyperergique.

Travail du Service du Professeur Sézary
et du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté
(Pr Leroux).

BIBLIOGRAPHIE

Berlemont. — Le granulome annulaire. *Thèse Lille*, 1934, n° 12.

Boucheron. — Étude de 175 cas de granulomes annulaires parus dans la littérature de 1933 à 1938. *Thèse Paris*, 1938, n° 702.

Burnier. — Nodosités juxta-articulaires et leurs rapports avec la syphilis. *Presse médicale*, 21 juin 1933, p. 995.

Civatte. — Critérium histologique des tuberculoïdes. Le granulome annulaire. Séance spéciale de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. *Bull. Soc. Derm.*, 7 juillet 1938, p. 1514.

Coste, Saenz et Bolgert. — Étude histologique de quelques nodosités rhumatismales sous-cutanées. *Bull. Soc. Anat.*, 4 mai 1933, p. 119.

David-Chausse. — Du granulome annulaire. *Thèse Bordeaux*, 1922, 1923, n° 106.

Duvoir, Pichon et Mlle de Cursay. — Sur les rapports de la maladie de Bouillaud et des processus biopathologiques de sursensibilité. *Revue du rhumatisme*, février 1935, p. 119.

Duvoir, Pollet et Mlle de Cursay. — Les images histologiques de la maladie de Bouillaud. La lésion d'Aschoff-Klinge. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 29 mars 1935, p. 562.

Midana. — Foyers de granulome annulaire. *Il Dermosifilografo*, année 12, n° 5, mai 1938, p. 315.

Papavram. — Contribution à l'étude du granulome annulaire. *Thèse Paris*, 1934, n° 151.

Pautrier. — Granulome annulaire. *Nouvelle Pratique dermatologique*, t. **3**, p. 826.

Roulet. — L'inflammation hyperergique et les réactions allergiques. *Ann. d'Anat. pathol.*, avril 1931, n° 4, p. 359.

Verne et Violle. — Nodosités de Meynet dans le rhumatisme chronique. *Presse méd.*, 5 juin 1937, p. 833.

Weil et Delarue. — Nodosités rhumatismales et tophi. *Presse médicale*, 28 décembre 1932, p. 1962.

ANALYSES

4v. — *Tuberculose cutanée.*

J. C. Levaditi. — **Bacilles de Koch et ultrafiltration.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **68**, n° 2, février 1942, pp. 168-173.

L'ultrafiltration des bacilles de Koch provenant de cultures sur milieu Lœwenstein, révèle qu'au-dessous d'un diamètre moyen des pores de 720 mμ, les membranes retiennent tous les éléments virulents. Ce chiffre permet d'attribuer à ceux-ci un diamètre minimum de 0,5 μ, alors qu'au microscope en lumière blanche, les dimensions des bacilles acido-résistants les plus petits seraient de 0,5 sur 0,3 μ. Ces résultats paraissent rendre inutile toute hypothèse d' « ultravirus tuberculeux » pour expliquer la traversée des bougies poreuses par les éléments virulents du bacille de Koch. H. Rabeau.

R. Laporte. — **Sur la rapidité de dispersion dans l'organisme des bacilles tuberculeux introduits dans la peau.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **69**, n°s 1-2, janvier-février 1943, pp. 59-60.

L. a substitué à la méthode d'excision au bout d'un temps variable, de la région inoculée la destruction de cette zone d'inoculation par électro-coagulation. Il a constaté que le passage dans la circulation lymphatique de bacilles tuberculeux inoculés dans le derme s'effectue avec une extrême rapidité et débute même pendant le temps où s'accomplit l'injection. H. Rabeau.

F. Nitti et J. P. Jouin. — **Granulie expérimentale de la souris provoquée par du bacille tuberculeux humain. Essai de traitement par le p-aminophénylsulfamide (1162 F.).** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **68**, nos 11-12, novembre-décembre 1942, pp. 556-557.

L'inoculation intraveineuse de doses massives de bacilles tuberculeux humains provoque, chez la souris, une granulie rapidement mortelle. La chimiothérapie par le *p*-aminophénylsulfamide ne retarde pas la mort des animaux traités par rapport aux témoins, mais semble exercer une action empêchante sur la reproduction des bacilles souvent appréciable vers le 8e ou 10e jour de la maladie.

H. Rabeau.

K. Sipos. — **Versuche zùr Auslösung von tuberkuloser Allergie (Ueberempfindlichkeit auf die Wirkung von mit Licht abgetöteten Koch-Bazillen** (Essais pour provoquer l'allergie tuberculeuse (sensibilité aux bacilles de Koch tués par la lumière). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 2, mars 1941, pp. 136-149. Bibliographie.

Étude des propriétés antigéniques des bacilles de Koch tués par les rayons ultraviolets (irradiation de 50 heures à la lumière de la lampe de quartz). Des cobayes inoculés par voie intracutanée, sous-cutanée, péritonéale et intracardiaque, sont arrivés au même degré d'allergie à la tuberculine et à une suspension de bacilles tués. Leur réaction à la tuberculine est très modérée et très inférieure à celle des cobayes tuberculeux. La réaction à la suspension de bacilles tués est au contraire très violente et arrive à la suppuration. Mais elle diffère aussi de celle que présentent des

animaux tuberculeux : la réaction de ces derniers ne se manifeste pas par de la suppuration, mais par de la nécrose. La différence tient probablement à ce que, chez les animaux tuberculeux, il doit y avoir à la fois allergie contre la tuberculine et contre la substance même du corps des bacilles ; et les deux réactions doivent se superposer. Au contraire, chez les animaux sensibilisés par la suspension de bacilles tués par la lumière, la réaction à la tuberculine manque, les endotoxines étant restées dans le corps des bacilles tués et n'ayant pas sensibilisé l'animal d'expérience. A. CIVATTE.

A. BERGERON, BUCQUOY et BLUSTE (Paris). — **Les éclipses des réactions cutanées à la tuberculine chez l'enfant.** *La Presse Médicale*, année **50**, n° 40, 5 septembre 1942, p. 557.

Le dogme de l'immutabilité des réactions cutanées à la tuberculine est manifestement sur son déclin. Ces variations ont été recherchées sur 745 enfants durant leur séjour au sanatorium de Villiers-sur-Marne. 2 à 3 o/o des enfants primitivement allergiques ont présenté des éclipses souvent transitoires, mais parfois durables de cette allergie (intradermo de 2/10 de cm³ d'une dilution au millième de tuberculine). Ces variations de l'intensité des intradermo-réactions ne leur ont jamais paru être en rapport logique avec des différences de l'état général ou local du jeune patient considéré. H. RABEAU.

A. NAVARRO-MARTIN. — **Estadistica de tuberculosis cutaneas correspondiente al decenio 1929-1939.** (Statistique des tuberculoses cutanées au cours de la période décennale 1929-1939). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 4, janvier 1941, p. 301.

La tuberculose infiltrée de la peau (érythème induré de Bazin) a été la plus fréquemment observée (46,9 o/o des cas). Viennent ensuite la tuberculose collicative (scrofulodermе) (27,5 o/o), la tuberculose lupique (15,5 o/o), la tuberculose papulo-nécrotique (5,1 o/o), la tuberculose verruqueuse (2,1 o/o), la tuberculose ulcéreuse (1,2 o/o), la tuberculose lichénoïde (0,8 o/o).

La tuberculose cutanée s'observe surtout au cours des dix premières années chez les hommes et de dix à vingt ans chez les femmes.

Elle récidive dans une proportion de 78,8 o/o dans le sexe féminin et de 21,2 o/o dans le sexe masculin.

Elle paraît être plus fréquente à la campagne qu'à la ville.

Dans 85 o/o des cas, on trouve associées des lésions cutanées et pulmonaires, mais ces dernières ne sont évolutives que dans 25 o/o des cas.

J. MARGAROT.

MARCEL LELONG et J. LEREBOULLET. — **La tuberculose primaire de la peau d'origine traumatique chez l'enfant.** *Paris Médical*, année **32**, nos 49-50, 10 décembre 1942, pp. 371-374.

La tuberculose cutanée de primo-infection s'observe fréquemment à la face, sous forme d'un chancre jugal accompagné d'adénopathie prétragienne. Dans ces cas souvent mortels, il y a lieu d'incriminer habituellement les baisers d'une mère tuberculeuse.

Dans un second groupe de faits, l'inoculation a pour origine une blessure accidentelle par corps étranger bacillifère : fragment de crachoir, tesson de bouteille souillés par des crachats de tuberculeux, etc.

Dans un troisième groupe, la primo-infection est due à une chute ou à un accident banal. Cette forme est rarement reconnue au début car elle simule longtemps une plaie banale infectée. Les auteurs relatent un cas de ce genre observé par eux chez un enfant de 4 ans qui à la suite d'une excoriation du genou d'apparence banale par chute dans une cour d'école, présenta une adénopathie crurale

et inguinale pseudo-inflammatoire, qui évolua vers la fistulisation et dont la nature tuberculeuse fut démontrée par la présence de nombreux bacilles de Koch à la ponction. L'affection évolua d'une manière favorable sans altération de l'état général, ainsi qu'il est fréquent de l'observer à cet âge.

La primo-infection cutanée du nourrisson comporte par contre un pronostic redoutable ; la primo-infection par circoncision présente en particulier une gravité extrême.

Les auteurs insistent avec raison sur le danger des expectorations bacillifères répandues sur le sol des grandes villes (squares, rues, lieux publics de tout ordre) qui constituent un foyer permanent d'infection. En attendant que des mesures générales soient prises contre ce danger, ils demandent que les locaux scolaires soient exclusivement réservés aux enfants et cessent d'être des lieux de réunion où se distribuent les soupes populaires, les cartes d'alimentation, parfois même les feuillets de régime des tuberculeux.

En ce qui concerne le traitement, ils déconseillent l'extirpation en bloc de la lésion cutanée et de l'adénopathie, illusoire et dangereuse. Le traitement est celui des primo-infections en général : repos au lit, bonne alimentation, administration de calcium et de vitamines (A, D et C.). L'héliothérapie, les rayons ultra-violets, le séjour à la montagne sont indiqués une fois franchie la période aiguë.

Lucien Périn.

J. Mercadal Peyri et Felipe Dulanto. — **Primoinfection tuberculosa de la langua (Compléjo primario).** Primo-infection tuberculeuse de la langue (Complexe primaire). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 6, mars 1941, p. 510, 4 fig.

Chez un enfant de 11 ans apparaît un chancre tuberculeux de la pointe de la langue avec une volumineuse adénopathie. L'infection bacillaire se généralise rapidement en donnant lieu à une forme grave. J. Margarot.

Dechaume et Cauhépé. — **Le chancre tuberculeux de la gencive,** *Paris Médical*, année **33**, nos 33-39, 30 septembre 1943, pp. 253-254.

Les auteurs insistent sur la fréquence relative d'un syndrome constitué par une ulcération gingivale, accompagnée d'adénopathie sous-maxillaire et de fièvre, qui serait la manifestation d'une primo-infection tuberculeuse, équivalent sur la gencive du chancre d'inoculation pulmonaire.

Ce chancre tuberculeux survient chez l'enfant entre 6 et 13 ans. Son début est marqué par quelques troubles généraux, fièvre à 37°5-38°, anorexie, asthénie, amaigrissement, suivis de l'apparition d'une adénite sous-maxillaire unilatérale, dure, bien limitée, indolore, parfois chaude et douloureuse. L'ulcération siège sur le versant vestibulaire de la gencive, contourne le collet d'une dent ou se cache dans le fond du sillon gingivo-jugal ; elle est généralement unique, ovalaire, à bords réguliers, à fond rose ou rouge, granuleux, parsemé de points blancs ; elle n'est pas douloureuse.

L'adénite évolue vers le ramollissement et la fistulisation.

L'examen direct de l'ulcération ne décèle pas en général de bacilles de Koch, mais la biopsie montre des follicules tuberculeux typiques. Le liquide retiré par ponction de l'adénite renferme des bacilles de Koch et son inoculation au cobaye est positive

Le pronostic est grave et des accidents tuberculeux à distance, adénites cervicales, méningite, etc., peuvent apparaître après un temps variable.

Le bacille du pus ganglionnaire est du type bovin. Son inoculation à la gencive résulte vraisemblablement de l'ingestion de produits alimentaires. Le traitement par rayons ultra-violets, finsenthérapie, radiothérapie, etc., semble accélérer la cicatrisation de l'ulcération et diminuer l'essaimage bacillaire.

Lucien Périn.

K. W. Kalkoff (Munster). — **Ueber die Beziehungen zwischen Hauttuberkulose und allgemeiner Miliartuberkulose** (Sur les rapports entre la tuberculose cutanée et la tuberculose miliaire généralisée). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 6, 20 février 1941, pp. 770-782, 4 figures. Bibliographie.

Le fait qu'une tuberculose miliaire ne détermine pas d'infiltrats lupiques s'explique par un état différent de l'allergie dans ces deux formes de tuberculose. A l'inverse, K. rapporte trois observations de lupiques morts de tuberculose miliaire.

Les conceptions théoriques qui ont conduit au traitement de la tuberculose pulmonaire grave par l'inoculation à la peau de bacilles de Koch virulents (Kutschera et Aichbergen) ne sont donc pas conciliables avec la notion qu'une allergie spéciale est nécessaire pour le développement d'un lupus vulgaire. Si, par cette méthode, il y a eu des améliorations, ce n'est pas sous l'action directe de la tuberculose cutanée provoquée ; c'est parce que la tuberculose pulmonaire s'est atténuée ou que l'état général est devenu plus favorable que l'inoculation à la peau a pu réussir.

A. Touraine.

Société hongroise de Dermatologie, 3-4 octobre 1941. — **Discussion sur les nouveaux traitements de la tuberculose cutanée.** *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **115**, n° 36, 5 septembre 1942, pp. 755-758.

Neuber part de ce principe que la plupart des tuberculoses cutanées sont d'origine hématogène et secondaires à une tuberculose viscérale. Le traitement local n'est donc qu'accessoire ; il faut d'abord recourir à sa méthode de « traitement interne combiné », c'est-à-dire or + sérum de convalescent + autohémothérapie. L'or est donné sous forme d'injections, tous les 5 jours, de solganal B huileux à doses très prudemment progressives de 0 gr. 01 à 0 gr. 15 (dose totale : 2 gr. 5 à 4 gr.) sous recherche bihebdomadaire de l'albuminurie. Le sérum de convalescent est fourni par des lupiques guéris depuis 6 à 12 mois et est injecté tous les 5 jours à doses progressives de 5 à 20 centimètres cubes (15 à 20 injections au total). Les résultats sont remarquablement favorables et rapides, même dans les cas anciens et rebelles.

Brezovsky a été très satisfait du sérum de convalescents dans 7 cas de lupus graves, rebelles et récidivants, à la dose de 5 à 15 centimètres cubes répétée 5 à 9 fois. A la place d'or, il injecte du bismuth ou de l'iode. Ce traitement nécessite l'organisation d'un centre de donneurs de sang.

Szantó a eu, en général, d'excellents résultats par la méthode de Neuber. Certains malades se sont cependant arrêtés sur le chemin de la guérison. Il pense que le sérum de convalescent d'une tuberculose viscérale est aussi utilisable que celui de lupique guéri. Il rapporte un très beau cas de guérison d'une tuberculose étendue du pharynx et du larynx, chez une fillette de 13 ans après 2 gr. 80 de solganal B huileux, 21 injections de son propre sang et 18 de sang de convalescent.

Lehner, très satisfait de la méthode de Neuber, s'assure que le donneur de sérum est en allergie active par les tests à la tuberculine et la fixation du complément.

Orsos fait valoir les grandes perspectives sociales de cette méthode si simple que Szentkiralyi voudrait voir appliquée dans des centres spéciaux en raison de la discipline nécessaire.

Berde signale que des nodules lupiques persistent quelquefois ; leur traitement local reste indispensable.

Sipos a noté que l'injection à un autre tuberculeux du liquide d'une bulle provoquée chez un autre tuberculeux détermine une réaction inflammatoire dont l'intensité varie d'un tuberculeux à l'autre. Seuls devraient être retenus comme donneurs dans la méthode de Neuber ceux dont le liquide de bulle a produit une forte réaction.

Kémeri constate que la tuberculose cutanée peut être d'origine soit métastatique

soit toxique pure. Seul le traitement général, comme dans la méthode de Neuber, peut avoir de bons résultats.

Polony confirme les résultats de Neuber par son expérience personnelle de l'auto-hémothérapie dans le lupus.

Földes se demande si les foyers d'infection chronique se prêtent à des essais d'immunisation et si l'immun-sérum agit par son action antitoxique ou en s'opposant à l'activité des foyers.

Gödeny estime qu'il n'y a pas de ligne de conduite univoque. Suivant les cas, c'est au régime alimentaire, à l'héliothérapie, à l'arsenic, à l'auto-hémothérapie, à l'acide ascorbique, au rubrophène, à la lumière de l'arc électrique, etc., qu'il s'adresse.

Melczer conserve en général sa préférence pour les rayons ultra-violets.

A. Touraine.

T. Olin. — **Rubrophen bei Hauttuberculose** (Le rubrophène dans la tuberculose cutanée). *Acta Dermato-Venereologica*, t. **22**, fasc. 2, mars 1941, pp. 150-168, 5 figures. Bibliographie.

Nombreux essais, longuement suivis, d'où il résulte que le rubrophène est d'un maniement facile, sans dangers, qu'il améliore souvent les lésions au début du traitement, mais n'amène pas la guérison. C'est sur les tuberculides et les lupus ulcérés que O. a observé les meilleurs effets. A. Civatte.

Kropatsch. — **Zur Behandlung des Lupus vulgaris** (Sur le traitement du lupus vulgaire). *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 30 avril 1942.

Important rapport critique sur les divers traitements actuels du lupus vulgaire, dont aucun ne donne d'ailleurs pleine satisfaction. On est encore loin d'obtenir une immunisation active ou passive de l'organisme.

La méthode de Neuber (injections d'or et de sérum ou de sang de convalescent) donne quelques belles améliorations mais pas de guérison complète. Le régime de Sauerbruch n'a pas répondu aux espérances ; il ne doit rester qu'un auxiliaire des autres traitements.

La chimiothérapie (or ou cuivre) ne compte ni guérison ni amélioration convaincante. Le rubrophène est un moyen accessoire ; la réaction inflammatoire qui se manifeste sur les éléments en 2 ou 3 semaines peut produire une nécrose, secondairement envahie par du tissu de cicatrice.

La lumière naturelle ou artificielle en irradiation totale a une action indiscutée, surtout si elle est combinée avec le traitement local d'après Finsen.

Toutes ces méthodes de traitement général ne peuvent donc être considérées que comme des adjuvants du traitement local.

Celui-ci sera de préférence, quand on le pourra, l'exérèse au bistouri ou à la diathermo-coagulation (celle-ci donnant des cicatrices généralement moins esthétique). Le curetage est aujourd'hui à peu près abandonné.

A défaut d'exérèse on aura recours à l'irradiation locale, de préférence à la lampe de Finsen initiale ou modifiée par Lomholt ; l'action de la lampe de Kromayer n'est pas assez pénétrante. Le renforcement des radiations par un traitement combiné à la trypaflavine ou à d'autres substances sensibilisantes ne paraît pas considérable. Aucune autre méthode ne donne de plus belles cicatrices que celle de Finsen ; mais elle est longue et ne préserve pas des récidives.

Les rayons de Rœntgen seront réservés aux lupus hypertrophiques ou ulcéreux. Les rayons-limite, conseillés par Schultze, ne suffisent pas, à eux seuls, pour donner la guérison ; les hautes doses employées exposent d'ailleurs à des accidents. Comme le radium, les rayons-limite trouvent surtout leur application au cas de scrophuloderme, de tuberculose indurée ou verruqueuse. A. Touraine.

Erich Uhlmann. — **Das Problem der Strahlenbehandlung des Lupus vulgaris** (Le problème du traitement du lupus vulgaire par les radiations). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **21**, fasc. 4, juillet 1940, pp. 539-577, 3 figures, longue bibliographie.

Travail très documenté, qui résume une expérience de plusieurs années et donne les indications spéciales du traitement par les rayons X, les rayons-limite de Bucky, le radium, les rayons ultra-violets, les bains de lumière. Il ne faut pas oublier, en effet, que le même traitement ne convient pas à toutes les formes de tuberculose cutanée ni même à toutes les variétés de lupus. Il ne faut pas tenir compte seulement du type de la lésion, mais aussi de l'état des tissus voisins, et notamment du tissu conjonctif, qui doit faire les frais de la cicatrisation et qu'il faut éviter de léser.

La meilleure méthode de traitement local est actuellement celle de Finsen perfectionnée par Lomholt. A. Civatte.

J. Salvador Gallardo et J. Conejo Mir. — **Consideraciones acerca de un caso de lupus tuberculoso tratado con dieta declorurada.** (Considérations sur un cas de lupus tuberculeux traité par la diète déchlorurée). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 5, février 1941, p. 413, 2 fig.

Une malade atteinte de lupus du nez ne peut être soumise au régime de Gerson Sauerbruck-Hermannsdorfer par suite de difficultés culinaires et économiques. Elle est traitée simplement par la diète déchlorurée avec un régime commun composé autant que possible de fruits, de lait cru et de beurre. Elle prend en même temps de l'huile de foie de morue phosphorée.

Une amélioration notable est obtenue en trois mois. J. Margarot.

L. Nègre et J. Bretey. — **Vaccination par le B. C. G. au moyen de scarifications cutanées (3e mémoire)**. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **67**, n° 3, septembre 1941, pp. 161-172.

De leurs essais sur les animaux, il ressort, pratiquement, que trois facteurs : pansement sur la région de la peau scarifiée, nombre de scarifications, concentration de la solution de B. C. G. contribuent chacun à améliorer les résultats obtenus par ce procédé de vaccination, mais que le nombre de scarifications effectuées joue un rôle particulièrement important. Les cobayes vaccinés par le B. C. G. au moyen de scarifications cutanées présentent, après une infection d'épreuve réalisée par voie transcutanée ou par voie intrapéritonéale la même résistance antituberculeuse qu'après inoculation du bacille virulent par voie sous-cutanée. Les lapins vaccinés par cette méthode ont réagi positivement à la tuberculine au cours du premier mois dans la proportion de 40 o/o.

Des veaux de génisses vaccinées par le B. C. G. au moyen de scarifications ont tous réagi à une injection intradermique de tuberculine.

La méthode S. R. Rosenthal a donc une portée générale et paraît agir aussi bien chez les grands que les petits animaux. H. Rabeau.

4w. — *Tuberculides.*

P. W. Schmidt (Fribourg). — **Studien über Tuberkulide bei Kindern** (Études sur les tuberculides chez l'enfant). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 4, 20 novembre 1940, pp. 357-384, 16 bonnes figures. Bibliographie.

S. attire l'attention sur le polymorphisme des tuberculides chez l'enfant en s'appuyant sur plusieurs observations personnelles détaillées.

1. A côté des formes typiques de *tuberculide lichénoïde* (lichen scrofulosorum) qui appellent une longue surveillance du malade, S. signale : *a*) un *lichen circiné* caractérisé par son extension périphérique et la possibilité d'y trouver le bacille ; *b*) une *forme eczématoïde* qui prédomine sur les extrémités, peut former des bulles

et montre un infiltrat en bande, riche en histiocytes et sans disposition folliculaire ; c) un *lichen disséminé*, à disposition péri-folliculaire et à production d'exsudats intra-épidermiques, qui forme transition avec les tuberculides papuleuses atypiques avec abcédation.

2. Dans le groupe des *manifestations papuleuses exanthématiques*, les *tuberculides papulo-nécrotiques* ont une place à part en raison de leur longue évolution, de leur tableau clinique et histologique. Cependant il est difficile d'en distinguer certaines éruptions qui sont proches de la tuberculose miliaire et se voient, chez l'enfant, en même temps qu'une tuberculose viscérale étendue ; c'est la *tuberculose cutanée miliaire exanthématique bénigne*. Dans ce dernier cas, la découverte du bacille est difficile (aisée dans la vraie tuberculose miliaire qui ne montre que des éléments papuleux non caractéristiques avec tendance à la fonte).

3. Chez un enfant, une éruption papuleuse exanthématique a dû être rangée dans la *maladie de Besnier-Bœck* en raison des lésions pulmonaires, de l'augmentation du foie, de la rate, des ganglions, de l'évolution et de la négativité des réactions à la tuberculine. Il s'agissait de papules en tête d'épingle, à infiltrat sous-épidermique bien limité, formé de cellules histiocytaires polymorphes.

4. Au cours de la méningite tuberculeuse, on peut voir des éléments rappelant des *kératoses folliculaires*, avec masses cornées dans des follicules élargis, petits foyers nécrotiques dans la région du corps papillaire, infiltrats riches en histiocytes qui font admettre une origine bacillaire hématogène.

A. Touraine.

Gomez Orbaneja. — **Lupus eritematoso diseminado ; sindrome de Libmann-Sack** (Lupus érythémateux disséminé. Syndrome de Libmann-Sack). *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 1, octobre 1941, p. 55.

Le syndrome de Libmann-Sack, décrit en 1924, se caractérise par des plaques disséminées de lupus érythémateux, par des lésions rénales et par une endocardite végétante atypique sans germes, ni nodules de Aschoff.

Pour les auteurs américains le lupus érythémateux disséminé ferait partie d'une entité clinique qu'ils désignent sous le nom d'érythème d'Osler et qui serait essentiellement constituée par des éléments érythémateux consécutifs à des lésions viscérales (purpura, urticaire, etc.).

D'après G. O. le lupus érythémateux disséminé serait peut-être moins rare qu'on ne le croit. Il en apporte deux observations. L'une d'elles s'accompagne d'endocardite et paraît bien répondre au syndrome de Libmann-Sack, dont elle constituerait le premier cas publié en Espagne.

Le processus serait pathogéniquement équivalent à celui de l'érythème noueux : terrain généralement tuberculeux et réactions para-allergiques au sens de Roessle, c'est-à-dire non spécifiques et provoquées par des causes diverses, infectieuses, toxiques ou physiques.

L'amélioration obtenue dans le premier cas par l'extirpation d'un foyer infectieux à *streptococus viridens* et la positivité des intradermo-réactions faites avec le même germe dans le second plaident en faveur de cette interprétation.

J. Margarot.

J. Mercadal Peyri et Felipe Dulanto. — **Lupus erytematoso agudo** (Lupus érythémateux aigu). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **33**, n° 4, janvier 1942, p. 399.

Un malade, antérieurement atteint de lupus érythémateux fixe et de tuberculides papulo-nécrotiques (Chilblain lupus), présente une extension rapide de lésions érythémato-squameuses disséminées, avec œdème, asthénie, fièvre, céphalée et spléno-mégalie, réalisant le tableau clinique d'un lupus érythémateux aigu. Diverses recherches permettent d'interpréter le syndrome comme une réaction allergique et hyperergique de la peau vis-à-vis d'un processus tuberculeux. J. Margarot.

W. Volavsek (Vienne). — **Zur Stoffwechselpathologie des Lupus erythematosus chronicus** (Sur la pathologie du métabolisme dans le lupus érythémateux chronique). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **182**, n° 4, 1er décembre 1941, pp. 463-483, 7 fig. Bibliographie allemande.

Après une revue des diverses conceptions pathogéniques du lupus érythémateux chronique, l'auteur étudie les troubles du métabolisme, surtout liés aux fonctions du foie, dans 40 cas et met en évidence une hépatopathie dans 85 o/o des cas. L'épreuve de la galactosurie provoquée donne une élimination de plus de 2 grammes dans 18 o/o (Bauer). La surcharge en glycocolle élève la teneur en azote aminé du sang de plus de 50 o/o dans 68 o/o des cas. La réaction de Takata-Ara est positive dans 57 o/o des cas. L'épreuve de l'urobiline est positive dans 34 o/o des cas.

En accord avec cette notion, il y a hyperporphyrinurie dans 70 o/o des cas et hypersensibilité aux rayons ultra-violets dans 45 o/o; avec ceux-ci on reproduit d'ailleurs d'authentiques placards de lupus érythémateux chronique. L'acidité du suc gastrique est augmentée dans 10 o/o, diminuée dans 57 o/o des cas.

L'hépatopathie et le lupus érythémateux chronique sont vraisemblablement les deux manifestations d'une même infection commune, mais par un processus encore inconnu.

Un traitement hépatique combiné doit donc donner de bons résultats dans certains cas choisis. A. Touraine.

H. G. Piper (Leipzig). — **Erfolge bei Lupus erythematodes mit Nikotinsäureamid und Spirocid-Wismut-Kur** (Résultats du traitement du lupus érythémateux par l'amide de l'acide nicotinique et par le spirocide-bismuth). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, nos 19-20, 15 mai 1943, pp. 305-309, 2 fig. Bibliographie.

Sur 7 malades traités par l'amide et la vitamine C : 1 guérison définitive, 2 guérisons avec rechute, 4 améliorations.

Sur 13 malades traités par spirocide-bismuth : 6 guérisons complètes en 3 à 10 mois, 2 améliorations, 4 traitements interrompus pour fièvre, cyanose, érythrodermie. A. Touraine.

B. Bäfverstedt. — **Lupus erythematosus und sulfanilamid.** *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **23**, f. 1, février 1942, pp. 62-64.

B. a réuni les cas publiés de lupus érythémateux traités par les sulfamides :

17 *lupus érythémateux aigus*, d'allure septicémique : 5 guérisons (dont 2 récidives), 8 améliorations, 3 échecs (mort).

3 *lupus érythémateux subaigus :* 2 améliorations, 1 résultat douteux.

20 *lupus érythémateux discoïdes chroniques :* 2 guérisons, 4 améliorations, 2 résultats douteux, 9 résultats nuls. A. Touraine.

J. Mercadal Peyri et Felipe Dulanto. — **Un caso de Chilblain Lupus** (Un cas de Chilblain lupus). *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 9, juin 1941, p. 862, 8 fig.

L'évolution simultanée d'un lupus érythémateux et de tuberculides papulo-nécrotiques (acnitis) avec acrocyanose des mains et des pieds, rapprochée de l'existence de lésions pulmonaires est en faveur de l'étiologie tuberculeuse du lupus érythémateux. J. Margarot.

W. Krantz (Göttingen). — **Ulceröse Tuberkulide der Unterschenkel** (Tuberculide ulcéreuse de la jambe). *Arch. für Dermatol. und Syphilis*, vol. **179**, h. 6, 23 décembre 1939, pp. 684-694, 6 fig. Courte bibliographie.

Excellente étude clinique, histologique et diagnostique, basée sur la description de Pautrier, d'un vaste placard ulcéreux de tuberculide de la face interne d'une jambe chez un homme de 25 ans. Très forte intradermo-réaction à la tuberculine. Pas de lésions histologiques caractéristiques ; pas de bacilles de Koch. Nombreuses petites cicatrices de tuberculides papulo-nécrotiques sur le dos, la poitrine, l'abdomen.

A. Touraine.

Sven Hellerström. — **Papulo-nekrotische Tuberkulide mit Localisation an der Glans penis** (Tuberculides papulo-nécrotiques du gland). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **23**, fasc. 2, mars 1942, pp. 170-184, 7 figures, courte bibliographie.

Deux observations de lésions ulcéreuses du gland, qui guérissent spontanément après une évolution assez longue et laissent des cicatrices. Dans l'un des deux cas, les lésions du gland sont accompagnées de tuberculides papulo-nécrotiques indiscutables des coudes, et de lésions moins caractérisées du dos des pieds et des orteils. Dans les deux cas, les réactions à la tuberculine sont fortement positives.

En histologie : structure tuberculoïde, avec tendance à la caséification dans un cas. Une inoculation (cas I) a été négative.

Dans les deux cas, le Wassermann a été négatif.

A. Civatte.

P. Bonnevie. — **Tuberculides lupoïdes miliaris,** *Dänische dermatol. Gesellschaft*, 1er novembre 1939 ; *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, f. 1, février 1941, pp. 80-81.

Homme de 43 ans. Depuis deux mois éruption à la face, à début brusque, du type tuberculides lupoïdes miliaires rosacéiformes. Forte séborrhée et vaso-motricité de la face. Réaction à la tuberculine nulle à 0 mg. 01, faible à 0 mg. 1. Biopsie : structure épithélioïde, quelques cellules de Langhans, couronnes de lymphocytes, nécrose de liquéfaction centrale (très différente de la nécrose caséeuse), le tout rappelant une sarcoïde de Bœck.

Ce cas de tuberculide hypo-ergique ferait transition entre la sarcoïde (anergique) et les tuberculides papulo-nécrotiques (hyperergiques). A. Touraine.

G. Radaeli (Gênes). — **Granuloma annulare tipico e sindrome infiammatoria atrofico cicatriziale eccentrica, su analoga base istologica ad eziologia oscura** (Granulome annulaire typique et syndrome inflammatoire atropho-cicatriciel excentrique avec même structure histologique d'origine obscure). *32e Riunione della Societa italiana di Dermatologia e Sifilographia. Congresso di Bologna*, 28-31 mars 1940, *Atti della Societa italiana di Dermatologia e Sifilografia*, t. **2**, n° 4, 1939-1940, p. 1495 (An. d'après *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **114**, n° 8, 21 février 1942 et *Zbl. für Haut- und Geschlechtskr.*, vol. **68**, n° 2, 20 janvier 1942, p. 71.

Deux cas : l'un typique par la clinique et l'histologie ; l'autre en tache de 5-6 millimètres légèrement saillante, ferme, rougeâtre, à extension périphérique, à centre cicatriciel, sur le dos des pieds et la face antérieure des jambes, avec lésions histologiques de granulome annulaire mais avec destruction complète des fibres élastiques. Dans les deux cas, absence complète de signes de tuberculose.

A. Grassi (Pise). — **Sulla patogenesi del granuloma annulaire** (Mêmes indications bibliographiques que pour le travail précédent).

Dans cinq cas de granulome annulaire, l'auteur a cherché à vérifier l'opinion de Kitchevatz et Bugarsky suivant laquelle la maladie serait conditionnée par l'action de la lumière. Il ne peut pas admettre cette action (malgré que dans deux cas, un emplâtre ait provoqué une guérison rapide). Les rayons ultra-violets n'ont eu aucune action : le granulome annulaire se voit aussi sur les régions couvertes. Dans un cas, l'existence du bacille de Koch a été démontrée par l'inoculation à l'animal ; mais pas de réaction à la tuberculine.

G. ne croit donc pas que le granulome annulaire soit dû seulement à l'action simultanée de la lumière et de la tuberculose. L'association de ces deux causes est très banale, alors que le granulome annulaire est très rare. A. Touraine.

Pr. Hansen. — **A new treatment of Granuloma annulare by Electrolysis** (Nouveau traitement du granulome annulaire par l'électrolyse). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **23**, fasc. 4, décembre 1942, pp. 327-330, 2 figures.

Une piqûre dans chaque nodule isolé avec l'aiguille négative ; courant de 1 milliamp. pendant une minute. S'il s'agit d'éléments circinés, piqûres sur la circonférence, à 5 millimètres environ de distance.

Une seule séance suffit d'ordinaire pour un élément ; 20 cas traités : 18 guéris, 2 améliorés. A. Civatte.

4x. — *Lèpre.*

J. Reenstierna. — **Leprosy in Sweden** (La lèpre en Suède). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 3, mai 1941, pp. 257-261, 2 figures.

Le fléau est en diminution en Suède. De 89 cas en 1903, on tombe à 37 en 1923, puis à 9 en 1938, et à 6 en 1940. A. Civatte.

E. Gehr. — **Die Lepra in den Balkanländern** (La lèpre dans les Balkans). *Deutsche tropenmedizinische Zeitschrift*, vol. **45**, n° 12, 1941, p. 353 et n° 13, p. 385. Ref. d'après *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **113**, n° 45, 8 novembre 1941, pp. 936-937.

Grèce. — 758 cas, presque tous dans les quatre léproseries d'Athènes, Samos, Chios et Spinalonga (en Crète) et dans les hôpitaux de Salonique.

Roumanie. — 140 cas, tous, sauf 2, dans la léproserie de Tichilesti (district de Tulcea).

Bulgarie. — 7 cas dépistés de 1930 à 1940 (4 encore vivants).

Turquie. — 593 cas nouveaux de 1927 à 1940 ; probablement 2.000 à 3.000 en tout (dont 108 dans la clinique psychiatrique de Bakirkeuï près d'Istamboul).

G. tend à admettre, comme Oberdörffer, le rôle prédisposant de l'insuffisance surrénale. Il remarque que, dans ces pays, la lèpre se voit surtout parmi les populations pauvres, à pain défectueux, à mauvaise hygiène, à alimentation insuffisante.

A. Touraine.

A. Chabaud. — **Altération du bacille de Hansen par les fixateurs. Rôle protecteur de l'acide phénique.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **68**, n° 2, février 1942, pp. 106-113.

C'est une notion importante que la longue durée de fixation d'un léprome humain dans le Bouin alcoolique altère les bacilles à ce point qu'ils ne se colorent que difficilement ou même plus du tout par la méthode de Ziehl. L'altération semble dépendre de l'action du formol, des sels des métaux lourds et surtout de l'acidité du fixateur suivie du maintien prolongé des bacilles dans les solvants histologiques des graisses. L'acide phénique retarde l'altération du bacille de Hansen. Les bacilles d'un léprome humain restent très colorables après un séjour de quatre mois et demi dans le fixateur phénique. H. Rabeau.

E. Marchoux, V. Chorine, A. Chabaud et J. Tisseuil. — **Essais négatifs de la transmission de la lèpre humaine au Hamster de Syrie, Cricetus auratus.** *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **68**, n° 2, février 1942, pp. 99-105.

Le hamster de Syrie, *Cricetus auratus*, inoculé soit par voie sous-cutanée, soit par voie intrapéritonéale avec des bacilles de Hansen n'a présenté aucune lésion évolutive de lèpre. Les bacilles inoculés sont digérés peu à peu par l'organisme.

La splénectomie ne rend pas les animaux plus sensibles. La lyse du léprome greffé se produit plus ou moins rapidement. Dans certains cas, la persistance du greffon contenant des bacilles dont certains peuvent être véhiculés à distance, donne une apparence de multiplication des germes et de généralisation de la maladie.

La persistance de greffes lysées plus lentement a pu faire croire à la sensibilité du hamster doré de Syrie au bacille de Hansen.

H. Rabeau.

Silverio Gallego Calatayud. — **La prueba de Schujman para el diagnostico de las anestesias cutaneas de naturaleza leprosa (Lecturas dermosifiliograficas de actualidad)** (L'épreuve de Schujman dans le diagnostic des anesthésies cutanées de nature lépreuse). *Medicina española*, année **6**, t. **9**, n° 50, mars 1943, p. 338. Bibliographie.

Le léprologue brésilien Schujman a signalé l'absence dans la lèpre d'un phénomène qui s'observe couramment chez les individus normaux et chez ceux qui sont atteints d'anesthésie d'origine centrale (syryngomyélie, tumeurs médullaires, etc...). Ces sujets présentent, après une injection intradermique d'une goutte d'histamine à 1 o/oo, la « triple réponse de Lewis » : 1° petit halo érythémateux d'un demi à un centimètre de diamètre, autour de l'injection, 10 à 15 secondes après ; 2° halo érythémateux secondaire 50 secondes après, large de 3 à 8 centimètres ; 3° papule tardive.

La deuxième réaction n'apparaît pas dans les anesthésies dues à une lèpre nerveuse. Tandis que la première et la troisième sont dues à une dilatation capillaire par action directe, la deuxième résulte d'une dilatation artérielle provoquée par un réflexe axonique local, qui, pour se produire, nécessite l'intégrité des nerfs périphériques.

L'épreuve de S. serait négative dans les zones de la peau dont la sensibilité serait altérée par la lèpre.

Paiva Chasé, de Lisbonne, conclut à la valeur de cette épreuve (*Amatus Lusitanus*, I, 710, 1942). J. Margarot.

Ch. Flandin et A. Basset. — **Un cas de lèpre nerveuse grave, rapidement évolutive traité par le cinnamate de dihydrochaulmoogryle en solution dans le dihydrochaulmoograle d'éthyle (préparation de Joseph Jaricaut, Buce Hoï et Paul Cagniaut).** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **58**, nos 9-10-11, 10 juin 1942, pp. 151-152.

Intéressante observation d'un cas de lèpre nerveuse grave rapidement améliorée par un nouveau produit de synthèse de la série chaulmoogrique. Flandin et Ragu avaient décrit la forme de lèpre où prédominaient algies et fièvre. La malade originaire de la Martinique, dont la lèpre a débuté en 1934 par des taches érythémateuses, a eu une série de poussées fébriles accompagnées de douleurs articulaires diagnostiquées « rhumatisme articulaire fébrile » résistant au salicylate. Sous l'influence de ce traitement l'amélioration a été très rapide et remarquable ; fièvre, douleurs ont régressé dès la première injection. Les troubles moteurs ont régressé en quinze jours.

H. Rabeau.

V. Chorine. — **Traitement de la lèpre par le para-amino-phényl-sulfamide.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, année **106**, t. **126**, nos 7 et 8, séance du 17 février 1942, pp. 152-154.

L'auteur signale les bons effets obtenus par le septoplix en poudre dans le traitement du mal perforant plantaire surinfecté des lépreux.

Le septoplix utilisé en injection directe dans les lépromes possède de même une action thérapeutique des plus nettes. Son action par voie buccale est, par contre, inefficace, ce qui montre que ses résultats sont subordonnés à sa forte concentration au voisinage du bacille de Hansen. Lucien Périn.

V. Chorine. — **Sulfamide dans la lèpre.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **106**, 3e série, t. **126**, nos 31, 32, 33. Séance du 27 octobre 1942, pp. 454-455.

Les sulfamides et notamment la para-amino-phényl-sulfamide, utilisées localement, permettent de guérir rapidement les plaies fraîches et les brûlures des lépreux. Les ulcères lépreux bénéficient également de ce traitement ainsi que les maux perforants qui peuvent être guéris par la même méthode dans une proportion de plus de 50 o/o des cas.

Ces faits présentent un grand intérêt prophylactique. L'émission des bacilles de Hansen en dehors de l'organisme se produit en effet surtout au niveau des lésions cutanées ou muqueuses. La guérison de ces lésions obtenue par la para-amino-phényl-sulfamide transforme la lèpre ouverte en lèpre fermée et diminue par là le danger d'infection. Lucien Périn.

V. Chorine. — **La lèpre et la sulfamide (2e partie). Traitement des lésions lépreuses fermées par injections intra-dermiques de sulfamide.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **106**, 3e série, t. **126**, nos 34 et 35. Séance du 24 novembre 1942, pp. 512-514.

La para-amino-phényl-sulfamide agit sur les lésions fermées de la lèpre quand sa concentration dans les tissus malades est suffisamment élevée, ce qui exclut son action par voie buccale; il convient donc de l'utiliser dans ces cas par injections intradermiques sous forte concentration.

Son action sur le bacille de Hansen est ainsi démontrée, mais elle reste assez faible ; elle supplée celle de l'huile de chaulmoogra à laquelle elle paraît en général supérieure. Lucien Périn.

Olin. — **Rubrophen bei Lepra tuberosa** (Le rubrophène dans la lèpre tubéreuse). *Acta Dermato-Venereologica*, t. **22**, fasc. 2, mars 1941, pp. 169-175, 4 figures.

Deux cas seulement traités. Dans les deux, une amélioration légère au début de la cure, mais l'action est de courte durée. A. Civatte.

4aa. — *Infections à germes indéterminés.*

Bernard Laugier. — **Un cas d'exanthème de la maladie de Bouillaud.** *Gazette des Hôpitaux*, année **116**, n° 14, 10 juillet 1943, p. 215.

La maladie de Bouillaud peut donner lieu à des exanthèmes. Ces exanthèmes s'observent exclusivement dans les formes accompagnées de manifestations cardiaques graves et comportent de ce fait un pronostic sérieux. Par contre, ils coexistent parfois avec des manifestations articulaires peu accentuées qui peuvent faire errer le diagnostic.

Dans cet ordre d'idées, l'auteur relate l'observation d'un enfant de troupe de 13 ans entré à l'hôpital pour une éruption étiquetée urticaire, accompagnée de fièvre et de légères arthralgies qui évolua vers une endocardite avec insuffisance mitrale et tachyarythmie persistante. Seule l'évolution permit de faire chez ce petit malade le diagnostic rétrospectif de rhumatisme articulaire à type exanthémateux.

Lucien Périn.

L. Kumer (Vienne). — **Aphthen und aphtöse Erkrankungen der Mundschleimhaut** (Aphtes et affections aphteuses de la bouche). *Arch. für Dermatol. und Syphilis*, vol. **182**, n° 1, 28 mai 1941, pp. 69-81, 5 fig. Courte bibliographie allemande.

Courte revue générale de ces affections.

1. *Stomatite aphteuse*, transmise de l'animal à l'homme. K. pense qu'elle est due au virus de l'herpès (la question reste discutée pour Wutke). Parfois extension à la région péribuccale (*Dermatitis fibrinosa faciei* de Moro, 1911), aux ongles, à la vulve, à la peau.

2. *Aphtes chroniques récidivants* dont K. donne un parallèle avec la stomatite aphteuse et signale l'incidence parfois héréditaire dans des familles à tares psychopathiques (Löblowitz, Strandberg, Bordick, etc.).

3. *Aphtoïde de Popischill* avec son début brusque, ses bulles lenticulaires à parois épaisses, sur fond légèrement rouge, leur extension marginale, gyratée, leur évolution vers la formation d'un dépôt ou de croûtes, localisation surtout sur la langue, puis sur le nez, les lèvres, parfois la vulve, les paupières, les doigts. Guérison rapide ou extension au larynx. Serait dû, pour Landsteiner, Gottron, etc., au virus de l'herpès et ne serait, comme la stomatite aphteuse, qu'une forme clinique de l'herpès.

4. *Aphtes solitaires*, identiques aux aphtes récidivants, fréquents dans l'ulcère aigu de la vulve.

5. *Aphtosis de Neumann* : aphtes de la vulve et du voisinage à début aigu, avec manifestations générales, membrane fibrineuse adhérente, exanthème à type maculeux, pustuleux, noueux, iritis, guérison rapide.

6. *Aphtosis chronique récidivante*, avec poussées génitales, cutanées, iriennes, dont il est donné ici deux observations personnelles.

7. *Trisyndrome d'Hulusi Behcet* : aphtes récidivants de la bouche, exulcérations séro-fibrineuses du scrotum, iritis.

8. *Aphtes de Bednar* : petites ulcérations symétriques sur les parties latérales du voile, chez les nourrissons.

[Pour une synthèse de la plupart de ces affections, consulter le travail de Touraine sur l'aphtose, *Soc. fr. Dermat.*, 23 janvier 1942, pp. 61-104 avec bibliographie; *La Presse médicale*, 28-31 mai 1941, p. 571 ; *Le Progrès médical*, 29 mars 1941, p. 227, *An.*]. A. Touraine.

Tage Jensen. — **Les ulcérations aphteuses de la bouche et des organes génitaux combinées avec des symptômes oculaires (Syndrome de Behçet).** *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 1, février 1941, pp. 64-79, 3 figures, courte bibliographie.

Un tableau d'ensemble de cette affection, récemment décrite, et une observation d'un nouveau cas :

Homme 22 ans. Depuis l'âge de 9 ans, souffre d'ulcérations du type « aphtes », sur la muqueuse buccale. Les poussées se succèdent à quelques semaines de distance. Depuis l'âge de 12 ans, les yeux se prennent : rougeurs, douleurs, photophobie, troubles de la vue, par poussées qui durent de 1 à 3 semaines, et se succèdent à 4 semaines environ d'intervalle. Depuis l'âge de 18 ans, enfin, poussées d'ulcérations sur le pénis et le scrotum. Les troubles oculaires deviennent de plus en plus importants : double irido-cyclite et quasi-cécité.

J. a longuement étudié le malade et minutieusement observé les ulcérations du scrotum et de la bouche apparues pendant son séjour à l'hôpital. Flore banale dans les ulcérations. Hémocultures négatives. Au cours de cette observation, à l'occasion de diverses cuti-réactions, on s'aperçoit que toute effraction de la peau ou de la muqueuse accompagnée de l'introduction d'un antigène quelconque ou de sérum physiologique et même une simple piqûre un peu profonde, provoquent toujours une réaction sous forme de pustule à pus stérile, puis d'une ulcération de même apparence que les ulcérations aphtoïdes spontanées. J. en conclut que le syndrome de Behçet est dû à un virus imprégnant l'organisme et dont le moindre traumatisme appelle une localisation au point lésé. A. Civatte.

S. Tappeiner (Vienne). — **Zur Klinik der Maul-und Klauensuche beim Menschen** (Sur la clinique de la fièvre aphteuse chez l'homme). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **180**, 20 avril 1940, pp. 189-202, 6 fig., bibliogr.

Courte revue de la littérature. Rappel de la clinique et du diagnostic. Exposé de trois observations personnelles (♀, 25 ans, avec éruption maculo-papuleuse sur la partie supérieure du tronc et les extrémités ; ♀, 25 ans, avec éruption varicelliforme sur la face antérieure des avant-bras ; ♀, 45 ans, avec érythème polymorphe dans les paumes). Dans les trois cas, l'inoculation à la plante du cobaye a été positive.

Keining insiste sur la nécessité d'un contact immédiat avec un animal malade. La maladie doit évoluer en deux phases (vésicules primaires, buccales et digitales puis fièvre et apparition de vésicules secondaires palmo-plantaires). Le diagnostic doit être confirmé par l'inoculation à la plante du cobaye.

A. Touraine.

Th. Fritschi. — **Beitrag zur Klinik der Dermatostomatitis** (Contribution à la clinique de la dermatostomatite). *Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, vol. **179**, n° 6, 23 décembre 1939, pp. 573-579. Courte bibliographie.

E. Baader et W. Schultz ont, en 1922 et en 1925, isolé le type clinique suivant : début brusque par céphalée, dysphagie, fièvre plus ou moins élevée, puis stomatite, exsudats diphtéroïdes dans le pharynx et dans la bouche, conjonctivite avec dépôt blanchâtre, papules centrées par une vésicule sur la peau glabre et particulièrement dans la région génitale. La guérison se fait en quelques semaines ; des rechutes sont possibles.

Un cas analogue a été décrit par Hüllstrung en 1938 ; deux autres, dont un en détail chez un homme de 22 ans, et un, très brièvement, chez une femme de 22 ans sont rapportés par l'auteur. F. assimile à ces observations un cas de Behcet. [L'auteur ne signale pas les autres cas de Behcet, ni tous ceux qui, en divers pays, à la suite de ceux de Neumann ont été décrits sous divers noms et notamment sous celui d'aphtose, *An.*].

Le diagnostic se pose avec la diphtérie, la syphilis et surtout avec l'érythème polymorphe. [Ici encore, pas d'allusion à l'aphtosis de Neumann, ni aux nombreux travaux sur la question, *An.*].

L'étiologie est obscure, grippale pour Moncorps. Le meilleur traitement consiste dans des préparations salicylées. A. Touraine.

Silverio Gallego Calatayud. — **La dermatomiositis (Polimiositis) considerada come una posible virosis (Lecturas dermosifiliograficas de actualidad)** (La dermatomyosite (polymyosite) considérée comme une maladie à virus (Lectures dermato-syphiligraphiques d'actualité). *Medicina española*, année **6**, t. **9**, n° 50, mars 1943, pp. 336-338. Bibliographie.

La dermato-myosite est une affection chronique évoluant avec des poussées éruptives aiguës fébriles.

Le début se fait par des myalgies du tronc et des extrémités avec crampes très douloureuses, œdèmes intenses, paresthésies et prurit. Bientôt les phénomènes musculaires aboutissent à la sclérose et à l'atrophie, l'œdème cutané durcit et donne à la peau un aspect sclérodermique. Des formations bigarrées télangiectasiques avec papules rouges et dures apparaissent parfois, plus spécialement sur le cou et l'abdomen. La maladie peut conduire à la mort par l'atteinte des muscles respiratoires et du myocarde.

Ce tableau clinique est très semblable, sinon identique, à celui de la poïkilodermato-myosite de Petges et Clejat (forme avec myosite de la *poïkilodermia atrophicans vascularis* de Jacobi). Cependant ces maladies sont si peu connues que la plupart des auteurs les décrivent séparément. Jimenez Diaz affirme l'identité non seulement de la poïkilodermatomyosite avec la dermatomyosite mais celle de ces deux maladies avec la sclérodermie, qu'il y ait ou non des concrétions calcaires sous-cutanées.

Helmuth Müller a fait des recherches sur un cas de dermatomyosite publié par Hörner en utilisant les techniques employées pour l'étude des maladies à virus.

Dans des préparations effectuées avec des fragments de muscles malades, il a pu déterminer à l'aide du microscope à fluorescence la présence de nombreuses formations brillantes qui correspondent probablement à des corpuscules élémentaires.

Une inoculation dans le testicule du lapin, pratiquée avec ce matériel, a donné lieu, sept à huit jours après, à une orchite qui a pu être transmise de la même manière à d'autres animaux.

Des cultures, effectuées dans la chorioallantoïde d'œufs de poules fertiles, ont donné lieu à une tuméfaction de cette membrane avec production de bulles parfois hémorragiques. Ces cultures sur embryon de poulet ont pu être suivies jusqu'à 34 passages sans que se modifient leurs caractères.

Le matériel obtenu par ces cultures, examiné au microscope de fluorescence, a révélé la présence de points lumineux, dont la disposition et l'intensité n'étaient pas identiques à ceux qui avaient été observés dans le tissu musculaire malade. Ces différences s'expliquent par le caractère distinct des deux milieux.

Au contraire, la recherche de germes dans ce matériel, suivant les méthodes de la bactériologie courante, a été complètement négative.

Müller induit de ces recherches que la dermato-myosite (polymyosite) peut être une affection causée par un virus spécial, mais il estime que d'autres recherches sont nécessaires avant de conclure (MÜLLER, *Klinische Wochenschrift*, n° 38, p. 841, 1942).

J. MARGAROT.

H. ALTHOFF et W. EGER (Breslau). — **Ein Beitrag zur Klinik und Pathologie der Dermatomyosites** (Contribution à la clinique et à la pathologie de la dermatomyosite). *Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. **190**, n° 2, 3 février 1943, pp. 134-155, 6 figures. Bibliographie [en grande partie de références].

Étude d'un cas chez un homme de 46 ans. Pendant 9 mois, malaises vagues, fatigue. Puis érythème prurigineux, humide, œdémateux d'une jambe, du front, du crâne, autour des yeux. 7 semaines plus tard : brusques douleurs et parésie dans les membres inférieurs puis les bras, avec fort œdème, contractures ; extension à la tête et au cou ; réflexes tendineux très faibles, troubles de la sensibilité ; légère fièvre, éosinophilie de 13 à 20 o/o. Traitement par les bains chauds, grande amélioration en 2 semaines, mais rechute rapidement mortelle par phlegmon du duodénum. Longue étude histologique des lésions musculaires : gonflement des faisceaux, puis dégénérescence en boule, prolifération des noyaux, aspect de cellules géantes, infiltration par petites cellules rondes, lymphocytes, histiocytes, cellules à pigment ferrique, surtout autour des vaisseaux ; enfin nécrose puis vacuité des gaines de sarcolemme.

A cette occasion, A. et E. se réfèrent aux 263 cas réunis par Schuermann (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, **178**, 1939, p. 414) (dont 97 retenues comme utilisables par Günther (*Erg. inn. Med.*, **58**, 1940, p. 331) depuis le premier travail de Wagner et Unverricht (1887) sur la polymyosite, pour rappeler les signes des formes aiguës et chroniques de cette affection dont la mortalité est de 50 à 70 o/o et dont la fréquence s'accroît avec l'âge jusqu'à son maximum vers 40 ans. Les auteurs insistent ensuite sur l'obscurité de la pathogénie de la maladie [Les rapports de la forme lente avec la poïkilodermatomyosite de Petges ne sont pas envisagés. *An*].

A. TOURAINE.

A. MARCHIONINI. — **Haut-und Shleimhauterscheinungen beim Pappatacifieber in Anatolien** (Manifestations cutanées et muqueuses dans la fièvre à pappataci en Anatolie). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. **182**, n° 6, 21 avril 1942, pp. 613-651, 27 fig., bibliogr.

Transmise par la piqûre des phlébotomes (dont M. a fait précédemment l'étude *in Arch. f. D. u. S.*, **182**, 1941, p. 127), la fièvre à pappataci peut donner, occasionnellement les manifestations suivantes :

1° *Hypersensibilisation de la peau* dans le sens d'une allergie de sorte que les piqûres ultérieures forment de grandes papules, des bulles et même des œdèmes étendus, dont l'intensité ne retentit d'ailleurs pas sur la gravité de la fièvre ;

2° *Symptômes directs* (peu fréquents) : Herpès (parfois profus ou intense). Exanthèmes morbilliformes, roséoliformes, plus rarement scarlatiniformes ou purpuriques, exceptionnellement à type d'érythème polymorphe ; visibles dès le jour de la fièvre ou à l'apyrexie, passagers ou durables. Parfois miliaire rouge ou cristalline, dysidrose, alopécie. Souvent œdème rouge de la face 8 à 14 jours après l'apyrexie.

Sur les muqueuses : énanthème morbilliforme, parfois purpurique, vésiculeux ; congestion des conjonctives.

Ces diverses manifestations se voient surtout dans les formes sévères de fièvre à pappataci, mais aussi au cours des étés particulièrement chauds.

A. Touraine.

W. Lutz (Bâle). — **Ueber Pustulosis vacciniformis sive varioliformis acuta** (Sur la pustulose vacciniforme ou varioliforme aiguë). *Dermatologica* (Bâle), t. **86**, nos 2-3, pp. 139-144, 2 figures. Bibliographie.

Courte revue générale sur la question. Deux observations chez des adultes de 22 et 26 ans, sans eczéma antérieur (dans un cas 6 jours après le port d'un masque), siège au visage ; fièvre élevée ; guérison en 9 et 14 jours (après cibazol dans le deuxième cas).

Dans un cas : inoculation à la cornée du lapin, suivie de kérato-conjonctivite intense.

L. ne croit pas à une vaccine accidentelle, mais plutôt à un virus spécial qui ne serait pas celui de l'herpès [Voir sur cette question : Touraine, *Rev. médicale franç.*, **23**, n° 10, oct. 1942, p. 224, qui conclut au contraire à l'identité avec la vaccine. *An*].

A. Touraine.

A. Touraine. — **La « Pustulose varioliforme aiguë » existe-t-elle ?** *Revue Méd. française*, n° 10, octobre 1942, p. 224.

La « Pustulose varioliforme aiguë » a été décrite par Kaposi (1887), Juliusberg (1898). On en compte 48 cas dont 2 en France (Milian et Fernet, Touraine et ses collaborateurs). Dans les deux tiers des cas, elle survient chez de jeunes enfants ou des nourrissons et presque toujours (37 cas sur 46) elle vient compliquer un eczéma de la face, qui est le siège habituel, les lésions s'étendant ensuite au cuir chevelu et à la partie supérieure du thorax, exceptionnellement sur le reste du corps ou aux muqueuses (2 cas seulement). Elles consistent en pustules évoluant par poussées, avec ombilication secondaire assez analogue à celle de la variole ou de la vaccine, avec fièvre élevée et adénopathies. Le pronostic est favorable et la guérison est obtenue en une quinzaine de jours le plus souvent. Cependant dans 9 cas (sur 47) la mort est survenue par toxémie ou infection intercurrente.

S'agit-il d'une maladie autonome ? On a pensé à une variole ou une varicelle atypique mais la plupart des auteurs ont cru pouvoir lui donner une autonomie clinique.

Cependant : 1° l'examen cyto-bactériologique des pustules ne montre que des microbes banaux ;

2° l'inoculation du pus à la cornée du lapin, pratiquée dans 14 observations a donné une kératite dans 10 cas, ce qui paraît être un argument en faveur d'une origine vaccinale ;

3° l'étude de l'immunité vaccinale est également un argument important. Dans 10 cas sur 14, l'enfant n'avait pas été vacciné antérieurement. Dans un cas, l'enfant avait été vacciné deux fois sans succès et dans trois cas, la vaccination remontait à plus de huit ans.

Cinq malades ont été vaccinés après guérison de la pustulose. Dans trois cas (Lisi, Touraine) sans succès, dans deux cas avec succès.

L'intradermo-réaction au vaccin dilué à 1/200 a été positive après guérison dans un cas ;

4° dans un cas personnel, Touraine a pu constater que le sang de l'enfant (qui n'avait pas été vacciné antérieurement) possédait un pouvoir virulicide très élevé vis-à-vis du virus vaccinal.

L'individualité clinique, l'autonomie de la pustulose varioliforme aiguë paraît douteuse. Elle ne serait, pour Touraine, qu'une forme clinique de vaccine généralisée chez un sujet atteint d'eczéma ou d'une dermatose antérieure.

L. Golé.

4ab. — *Brucelloses.*

H. Hamann (Breslau). — **Epididymites und Orchitis als Teilerscheinung der Bangschen Krankheit** (Épididymite et orchite, manifestations de la maladie de Bang). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **114**, n° 6, 7 février 1942, pp. 105-108, courte bibliographie.

H. rappelle quelques cas de manifestations dermatologiques au cours de la brucellose humaine : exanthème roséoliforme (Löffler, Curschmann), varicelliforme (Curschmann), scarlatiniforme (Fried), pseudo-érythème polymorphe (L. R. Müller), papules sur les avant-bras des vétérinaires, des trayeurs (Dietel, Haxthausen, Gottron) [A vrai dire, si ces manifestations sont rares, elles ne sont cependant pas exceptionnelles ; la littérature française en offre d'assez nombreux exemples (Hayat, Gouget, Lisbonne, Picard, etc.) qui ne sont pas mentionnés par H. — *An*].

H. donne ensuite brièvement deux observations d'orchi-épididymite chez des vétérinaires de 28 et 40 ans. Le premier n'a pas eu d'autres accidents cliniques que des aphtes, avec fièvre en août 1940 ; une épididymite gauche est survenue à leur décours, avec rechute en décembre 1940 ; il conserve des noyaux indurés dans l'épididyme en 1942 et agglutine le bacille de Bang à 1/200 (pas de blennorragie ni de syphilis). Le deuxième a une brucellose typique depuis 2 ans et une épididymite récidivante bilatérale (pas de recherches de laboratoire).

D'une revue succincte de la littérature, H. conclut que l'orchi-épididymite est très rare dans la brucellose ; il en rappelle 14 cas (1 cas sur 583 malades étudiés, Horstmann et Leuden, *Dtsche med. Wschr.*, 1938, 2° sem., 1133) [Cette complication est considérée en France comme « si commune que son étude devrait appartenir à la description de la fièvre ondulante régulière » ; « elle apparaît dans 25 à 35 o/o des cas masculins », d'après Lisbonne et Janbon, *Encycl. méd.-chir.*, 8037 D, *An*].

A. Touraine.

5b. — *Dermatoses de carence. Avitaminoses.*

A. Sézary. — **La pathologie cutanée devant les restrictions alimentaires actuelles.** *La Presse Médicale*, année **50**, n° 13-14, 12-14 février 1942, p. 161.

Les carences en vitamines ont été invoquées pour beaucoup d'affections cutanées sans que la preuve de cette carence ait été apportée ou même recherchée. Il n'a pas été signalé de syndrome d'avitaminose typique à manifestations cutanées. S. en rappelle les divers syndromes.

La « gale du pain » n'existe pas ; il s'agit toujours d'une gale parasitaire.

Les dermatoses réellement fréquentes sont la gale et les pyodermites, et aussi les eczémas microbiens.

Par contre, les dermatoses endogènes prurigineuses (réactions cutanées de Brocq) sont plus rares, alors que la qualité souvent défectueuse de certains aliments pouvait faire supposer le contraire. Le régime de restrictions actuel est favorable aux sujets que leur état constitutionnel expose à des éruptions prurigineuses.

H. Rabeau.

R. Degos. — **Les dermatoses de carence.** *Le Bulletin médical*, année **57**, n° 4, 15 février 1943, p. 59.

D. a donné à la Société de Dermatologie une étude d'ensemble sur les vitamines en dermatologie (janvier 1941). Il résume ici les faits saillants de ce rapport, y ajoutant quelques faits nouveaux observés depuis, mélanoses de Riehl en particulier. Il insiste justement sur l'importance attribuée en dermatologie aux avitami-

noses. La plupart des dermatoses ont été considérées comme ayant des rapports directs ou indirects avec une carence alimentaire. Mais les faits fondés sur des épreuves biochimiques ou expérimentales sont la grande minorité.

H. Rabeau.

J. Waldenström. — **Epithelial symptoms caused by various deficiencies** (Lésions épidermiques par carences et déficiences organiques diverses). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **23**, fasc. 2, mars 1942, pp. 93 à 116, 8 fig. Bibliographie.

W. signale des lésions très diverses du tégument qu'il retrouve indifféremment dans un certain nombre de carences et de déficiences d'organes : koïlonychie, fissures de l'extrémité des doigts, atrophie des papilles linguales, rhagade des commissures labiales, prurit vulvaire, intertrigo sous-mammaire.

Ces symptômes sont le plus souvent à mettre au compte de l'anémie, si l'on entend par anémie la déficience en fer, mais peuvent exister aussi en l'absence des signes habituels d'anémie. W. indique à ce propos que P. Chevallier a déjà attiré l'attention sur ce fait, et il apporte de son côté de nombreuses observations dans lesquelles le fer améliore les symptômes cutanés indiqués plus haut en même temps que l'anémie, si elle existe.

Il a employé la méthode de Heilmeyer et Plötner pour déterminer la teneur en fer du sérum sanguin (on sait qu'elle est normalement de 60 à 200 γ o/o). Et il a trouvé qu'en de nombreux cas où manquent les signes habituels de l'anémie, cette méthode décèle une sidéropénie appréciable qui disparaît en même temps que les symptômes cutanés par le traitement ferrugineux. Dans quatre cas où la méthode ne montrait pas de sidéropénie, le traitement est resté sans effet.

Dans d'autres cas, c'est la vitamine B_2, ou l'amide, ou l'acide nicotinique. D'autres fois, ce sera une déficience hépatique qui sera en cause, et on verra alors les lésions cutanées disparaître quand on fera absorber au malade ces hormones ou de l'extrait hépatique.

A. Civatte.

G. Laroche et J. Trémolières. — **Le syndrome œdémateux du déséquilibre alimentaire.** *Paris Médical*, année **32**, nos 11-14, 15 avril 1942, pp. 158-161.

Les circonstances actuelles ont fait réapparaître en France une affection connue depuis fort longtemps : l'œdème par déséquilibre alimentaire. Cet œdème s'observe surtout chez l'homme à partir de 45 ans ; il est le plus souvent le fait des gros mangeurs habituels de pain et de viande, et résulte d'une carence alimentaire, mais il peut s'observer également chez des sujets bien nourris fournissant un travail physique intense et relève alors d'un déséquilibre entre leur alimentation actuelle et leurs habitudes antérieures.

Outre l'œdème dont l'auteur rappelle les caractères — œdème blanc cireux, mou, indolent, siégeant d'abord aux malléoles et se généralisant progressivement — l'affection se caractérise par l'amaigrissement, la bradycardie, l'exagération de l'appétit, la polyurie, l'anémie, etc. La guérison se produit en quelques semaines si le malade est traité par le repos, la chaleur et une alimentation plus substantielle. Elle est encore plus rapide s'il est mis au régime déchloruré. Par contre, l'affection est susceptible de récidiver sous l'influence des mêmes causes.

Elle s'accompagne en général d'une hypoprotidémie pouvant atteindre 60 à 45 grammes par litre de sérum ; cette baisse porte surtout sur le taux de la sérine qui tombe à 30 ou 20 grammes. Le taux de l'azote résiduel du sérum est augmenté (0 gr. 14 à 0 gr. 36 par litre au lieu de 0 gr. 10). L'azotémie, la glycémie, la lipidémie, la cholestérolémie sont, par contre, normales.

La pathogénie est obscure ; il semble s'agir non d'une avitaminose au sens vrai du mot, mais d'un trouble dans le processus de dégradation protidique associé à

un déséquilibre du calcium, des matières grasses, etc. Le seul traitement actuellement efficace consiste dans le repos au chaud et dans une bonne alimentation.

LUCIEN PÉRIN.

M. RAYNAUD et CLAUDE LAROCHE. — **Etude sur le sérum des malades présentant des œdèmes de famine.** *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, t. **137**, nos 7-8, Séance du 10 avril 1943, pp. 216-218.

Les études effectuées sur le sérum des sujets atteints d'œdème de famine ont montré qu'il existait chez ces sujets une hypoprotidémie nette, portant surtout sur les albumines mais atteignant également les globulines.

Les auteurs ont cherché à préciser, par une étude biochimique plus complète le taux des protéides et les teneurs en substances lipoïdiques dans ces sérums. Ils ont trouvé comme moyennes de la protidémie les chiffres de 80 gr. 7 par litre chez les sujets normaux, 53 gr. 9 par litre chez les sujets malades; ils ont noté, en outre, que même des sujets d'apparence normale, relativement assez bien alimentés, présentaient des troubles de la constitution plasmatique du fait de la déficience alimentaire actuelle.

En ce qui concerne les lipides, ils n'ont constaté aucune différence importante entre les malades et les sujets témoins. Mais la teneur en lipides des globulines, même chez les sujets normaux de l'époque actuelle et *a fortiori* chez les œdémateux, est très inférieure à celle que l'on pouvait observer chez les individus normaux d'avant-guerre. Étant donné que les œdémateux ont des teneurs en lipides voisines de celles des sujets normaux, on peut admettre que l'apparition des œdèmes de dénutrition n'est pas due à un déséquilibre des constituants lipidiques du plasma.

LUCIEN PÉRIN.

M. LOEPER, A. VARAY, P. LESOBRE, M. LE SOURD et Mlle MAILLARD. — **Etude biologique d'un cas de pellagre.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **57**, nos 24-25-26-27, 19 novembre 1942, pp. 681-685.

Chez cet homme de 43 ans, chômeur, habituellement terrassier, pendant quelques semaines et ayant un régime carencé depuis plusieurs mois surtout en viande, les radiations solaires ont joué un rôle déclenchant : érythème de type solaire avec par endroits aspect de brûlure avec phlyctènes et éléments presque nécrotiques. Ni stomatite, ni glossite, pas de troubles digestifs ni neurologiques actuels. Au début un peu de diarrhée et syndrome psychique passager. Évolution vers la guérison sous l'influence d'un régime équilibré et l'administration d'extrait hépatique et d'acide nicotinique. L'étude biologique porte sur l'oxycarbonémie, la nicotinurie et la porphyrinurie. Les dosages montrent dans l'ensemble le parallélisme de l'amélioration clinique et des signes biologiques.

H. RABEAU.

L. JUSTIN-BESANÇON, F. PERGOLA et CHAPPELARD. — **Cas parisiens d'avitaminose nicotinique.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **58**, nos 24-25-26-27, 19 novembre 1942, pp. 681-685.

Deux observations : I. Une femme de 53 ans ayant un régime très carencé en tous produits riches en vitamine P. P. fait au printemps, à la suite d'une exposition au soleil, une pellagre classique ; elle guérit très rapidement par l'amide nicotinique.

II. Une femme de 33 ans : pas trace de manifestations cutanées, mais troubles mentaux et troubles digestifs : glossite, stomatite, gastrite et rectite, typiquement pellagreuses. En quelques jours tout redevient normal par le traitement d'amide nicotinique.

A ces deux observations typiques, les auteurs pourraient en ajouter d'autres de formes monosymptomatiques : buccales, gastriques, cutanées. L'enquête révèle la carence et souvent l'alcoolisme, les recherches de laboratoire, l'épreuve du traitement confirment le diagnostic.

H. RABEAU.

H. GOUNELLE, R. MANDE et M. BACHET. — **Observations cliniques et biologiques sur des cas groupés de pellagre. Fréquence des formes diarrhéiques.** *Bulletins et Mé-*

moires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 3e série, année **58**, nos 1 et 2, 18 février 1942, pp. 16-22.

Dans une collectivité de sujets internés, apparition d'une affection caractérisée par : syndrome cutané classique de pellagre, absence de signes psychiques, existence d'un syndrome entérocolitique, ce dernier constituant parfois l'unique manifestation de la maladie. Souvent la diarrhée a été prédominante, avec amaigrissement très prononcé ; parfois elle a pu constituer une forme monosymptomatique. Elle fut guérie ou très améliorée par l'amide nicotinique. Les lésions au niveau de l'intestin consistent surtout en de l'œdème et des dilatations capillaires importantes avec petites hémorragies.

Il n'y a pas de parallélisme étroit entre les signes cliniques et les données biochimiques. H. Rabeau.

H. Gounelle, R. Mande et M. Bachet. — **Etude d'une ration déterminant de la pellagre. Comparaison avec certaines rations actuelles de sujets cliniquement indemnes, équivalents énergétiquement et comportant des taux comparables de vitamine P. P.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*, 3e série, année **58**, nos 9, 10 et 11, 10 juin 1942, pp. 132-137.

Voici les conclusions de cette importante étude : la confrontation de deux régimes énergétiquement équivalents (1.700 et 1.800 calories), l'un déterminant de la pellagre en milieu asilaire et l'autre chez des citadins parisiens, permet de préciser que leur teneur réciproque en vitamine P. P. totale (15 mgr. 4 et 12 mgr. 9) est comparable.

Même en tenant compte du coefficient d'utilisation de la vitamine P. P. directement assimilable, les taux de vitamine P. P. assimilable demeurent de même ordre : 6 mgr. 3 et 6 mgr. 43. Mais la ration pellagrogène, contrairement à l'autre, présente un déficit caractérisé pour les protides et les lipides d'origine animale.

On est ainsi amené à penser que d'autres carences, déséquilibre ou viciation nutritionnelle, parmi lesquels s'associant notamment, témoins passifs ou facteurs actifs, l'insuffisance de protides ou de lipides d'origine animale pourraient jouer un rôle dans l'établissement de l'anicotinose. H. Rabeau.

Derot, G. Millant, Goury-Lafont et A. Krajevitch. — **Etude humorale d'un cas de pellagre.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **57**, nos 28-29, 9 décembre 1941, pp. 723-727.

Une malade de 41 ans soumise pendant plusieurs mois à un régime déséquilibré, présente au début de l'été une pellagre caractérisée par un érythème des parties découvertes, un état d'asthénie physique et psychique, de l'aménorrhée, mais sans autre trouble digestif que des douleurs gastriques, sans signes nerveux. Érythème de topographie habituelle, avec hyperkératose périfolliculaire du pli nasogénien. Porphyrinurie peu marquée. Ni azotémie, ni cylindrurie, P. S. P. à 50 o/o. Anémie modérée sans réaction plastique, leucocytose normale avec tendance à la lymphocytose. Équilibre chimique : hypoprotidémie modérée à 60 grammes avec abaissement portant surtout sur la globuline, élévation du taux des lipides à 10 grammes avec cholestérolémie normale, glycémie à la limite de la normale, réserve alcaline à 57 vol. 9. Chlore plasmatique bas à 3 gr. 15, et chlore globulaire élevé à 2 gr. 71. Calcémie normale.
H. Rabeau.

K. Urabe (Keijo). — **Ueber den Magensaft und die Leberfunktion bei Pellagra** (Le suc gastrique et la fonction hépatique dans la pellagre). *The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, vol. **48**, n° 5, 20 novembre 1940, p. 107.

Étude de 42 malades : 4 anachlorhydries complètes, 23 anachlorhydries, 11 hypochlorhydries, 4 acidités normales. Les troubles de la fonction hépatique sont proportionnels à l'intensité des symptômes cutanés. A. Touraine.

L. Justin-Besançon et A. Lwoff. — **Evolution de la nicotinamidémie et de l'excrétion urinaire de vitamine P. P. au cours du traitement nicotinique de la pellagre.**

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 3e série, année **57**, nos 24-25-26-27, 19 novembre 1942.

Des dosages effectués à l'aide du test *Proteus* chez un de leurs malades montrent que la nicotinamide administrée par voie sous-cutanée passe très rapidement dans la circulation. La valeur la plus élevée a été trouvée 30 minutes après l'injection.

L'excrétion urinaire est remarquablement faible au début. Cinq jours après la dernière injection, l'excrétion urinaire par 24 heures était de 54 milligrammes, comme s'il y avait accumulation transitoire. H. Rabeau.

H. Jausion, R. Calop et G. Carlier. — **Vitamines antipellagreuses et lumière.** *Paris Médical*, 33e année, no 24, 20 juin 1943, pp. 157-159.

La vitamine P.P. exerce une action incontestable non seulement sur la pellagre, mais encore sur les actinites banales, les eczémas solaires et photomicrobiens et leurs séquelles pigmentaires ; au même titre que les diphénols réducteurs (résorcine, pyrocatéchine) et bien qu'elle en diffère chimiquement, elle réalise un antiphotocatalyseur parfait sans qu'il y ait eu anicotinose ou porphyrinurie.

Inversement la vitamine B_2 est douée de propriétés photodynamiques évidentes. A la photocatalyse par la riboflavine s'oppose ainsi l'antiphotocatalyse nicotinique.

Lucien Périn.

5c. — *Dermatoses par troubles du métabolisme.*

Divers. — **Haut, Ernährung und Stoffwechsel** (Peau, alimentation et métabolisme). *20 wissenschaftliche (Kriegs-) Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, Würzbourg, 29 octobre 1942. Réf. d'après *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, nos 15-16, 17 avril 1943, pp. 268-274.

I. — Rapports. — 1° K. Felix (Francfort-s.-M.). *Chimie et métabolisme de la peau* et notamment de l'épiderme. Rôle des lésions vasculaires, des actions extérieures sur la répartition du soufre, la pigmentation, la kératinisation, l'hydratation, la sécrétion sébacée, etc.

2° Mayr (Munich). *Partie dermatologique* ; recherches générales sur les troubles dermatologiques entraînés par les altérations du métabolisme ; applications diététiques.

3° Schmidt (Fribourg). *Classification des dermatoses* par troubles du métabolisme. Albumines : ochronose, amyloïdoses. Nucléines : goutte, eczéma, prurit, urticaire, dyshidrose. Hydrates de carbone : eczémas, pyodermites, nécrobiose des diabétiques. Lipoïdes : maladies de Schüller-Christian, de Gaucher, xanthelasma, xanthomatoses, xantheloïdes. Matières colorantes du sang : porphyrinuries. Matières minérales et surtout calcium : goutte calcaire, sclérodermie. Vitamines : hyperkératoses, troubles de la pigmentation, pellagre, etc.

4° Hoff (Graz). *Peau et système végétatif.* Innervation de la peau ; interdépendance des dermatoses par ce système ; rapports avec le système nerveux central (neuro-ectodermoses, zones de Head). Rôle de ce système dans la circulation, les sécrétions, la fonction pilaire, la pigmentation, les fonctions des glandes internes agissant sur la peau. Rôle de la thérapeutique et des actions provoquées (chaleur, pyrétothérapie, excitations locales). La peau peut être considérée comme une glande endocrine diffuse.

II. — Discussion. — Vonkennel met en garde contre la surestimation de la valeur des analyses chimiques du sang. — Schultze pense que le prurit sénile est souvent

lié à des altérations de la teneur en eau et en chlorures; le régime suffit alors pour la guérison. — Buette a eu de bons résultats dans l'eczéma allergique par le choc insulinique (10-20 unités intraveineuses). — Schreus : Le sucre des tissus et de la peau est plus important que celui du sang dans l'étude du métabolisme du sucre. — Welti : La perniose s'accompagne souvent d'hypoglycémie, la guérison s'obtient alors par injection intraveineuse d'une solution de glucose à 40 o/o.

III. — Communications. — 1° Piper : *Évaluation quantitative du soi-disant pouvoir de neutralisation de la peau*, en particulier vis-à-vis de CO^2.

2° Volavsek : *Les troubles hépatiques dans les dermatoses*; étude des recherches fonctionnelles habituelles et démonstration du rôle de ces troubles dans plus de 100 cas de névrodermites, d'eczéma solaire, d'eczéma chronique, d'urticaire chronique, de lichen ortié, de prurit généralisé. Préférence pour l'épreuve à la galactose (positive dans 56 à 80 o/o) et pour la réaction de Takata (positive dans 30 o/o). Rôle du foie dans la raéction antigène-anticorps, dans l'anaphylaxie. Dermatoses et altérations hépatiques font une unité pathogénique.

3° Dittmar : *Une nouvelle méthode de dosage de la vitamine C dans le sang.* Les méthodes macroscopiques de Emmri et van Eckelen, microscopiques de Farmer et Abt sont peu pratiques ou inégales. D..., pour perfectionner cette dernière méthode, élimine les albumines par l'acide trichloracétique puis ajoute un peu d'hydrogène sulfureux qu'il élimine ensuite au carbonate de chaux.

4° Matras : Trois cas de *nécrobiose lipoïdique des diabétiques* sous forme d'ulcérations polycycliques, d'érythème induré, d'un nodule prétibial ; tous trois avec hyperglycémie et glycosurie.

5° Wolfram : *Amyloïdose locale*, en tumeur de la région ano-génitale, au cours d'une amyloïdose généralisée chez une femme de 49 ans avec hémorrhoïdes et vers intestinaux.

A. Touraine.

A. Sézary, P. Boulenger et P. Malangeau. — **Panaris goutteux.** *La Presse Médicale*, année **50**, n° 29, 20 juin 1942, p. 386, 4 fig.

La localisation des tophi goutteux aux extrémités est rare. Chez la femme de 60 ans dont il s'agit, ils ont provoqué des réactions inflammatoires telles qu'ils en ont imposé pour des panaris et ont été opérés chirurgicalement. Ces tophi siégeaient aux phalangettes d'un pouce et des deux médius dont ils respectaient le squelette. Au pouce, masse polylobée dessinant trois mamelons, avec rougeur de la peau et chaleur locale. L'incision donna issue à une bouillie blanchâtre et à des concrétions dont l'analyse chimique a montré la richesse en acide urique.

H. Rabeau.

H. Rattner et M. Dorne. — **Necrobiosis lipoidica diabeticorum.** *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **43**, 1941, pp. 1053-1054.

Cas classique chez une diabétique de 23 ans, avec une glycosurie de 3 gr. 75 par litre. Dans la discussion de ce cas, Oppenheim estime plus exacte la dénomination proposée par lui de « Dermatite atrophiante et nécrobiosante lipoïdique des diabétiques » ; il ne croit pas qu'il puisse en exister des cas sans diabète.

A. Touraine.

Konrad. — **Necrobiosis lipoidica diabeticorum.** *Wiener dermatologische Gesellschaft*, 26 juin 1941, An. d'après *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, vol. **68**, n° 4, 20 février 1942, pp. 146-147.

♂, 40 ans, diabétique depuis 4 ans, grand fumeur, alcoolique ; lésions cutanées depuis 3 ans, 5 éléments, bien limités, brun jaune, légèrement infiltrés, très jaunes sous la vitropression, en certains points sclérodermiformes : sur le dos d'une main (7 × 5 centimètres), crête tibiale de la jambe droite (avec tendance à une exulcération centrale), face interne et face externe de la jambe droite, dos du pied gauche. Xanthe-

lasma aux deux paupières inférieures. Glycosurie : 43 grammes au litre ; glycémie : 2 gr. 71 ; pas d'acétone. Hématies : 4.110.000 ; Leucocytes : 2100. Moelle osseuse normale. Foie gras, cirrhotique. Histologie : épiderme normal ; infiltration diffuse par de petites cellules rondes et altérations des fibres élastiques dans les papilles et le chorion superficiel, ainsi que dans les couches profondes du derme et dans l'hypoderme. Entre les deux bandes d'infiltration : couche nécrobiotique, pauvre en noyaux, avec nombreuses granulations soudanophiles, diffuses, presque toutes extra-cellulaires. Traitement : régime pauvre en graisses, riche en hydrate de carbone ; 50 U. d'insuline 3 fois par jour.

Sprafke a écrit (*Dermat. Woch.*, t. **112**, 1941) que, deux fois sur cinq, il n'y avait pas de diabète dans la nécrobiose lipoïdique. K. rapporte un cas de nécrobiose datant de dix ans et dans lequel il fallut encore six mois pour déceler un diabète. Pour Sprafke d'ailleurs, il s'agit, dans de tels cas, de diabètes latents [Voir sur cette question, le bon article de Sendrail et Bazex, *Annales de Dermatologie*, juillet-août 1941, n°s 7-8, p. 259, *An*]. A. TOURAINE.

M. K. POLANO (Leyde). — **Die Xanthelasmatosen der Haut** (Les xanthomatoses cutanées). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 2, 3 août 1940, pp. 139-172, 17 fig., 4 tableaux, bibliogr.

Important travail à lire avec fruit dans l'original. Les chiffres normaux moyens tirés des analyses du sang de 20 sujets normaux sont : cholestérol total 213 mg. 0/0 (± 44), cholestérol libre 72 (± 22), pourcentage des esters 67 (± 7), lipoïdes phosphorés en Ph 8,9 (± 1,2), quotient de la chol. désestérifiée par chol. totale 0,67 (± 0,07), quotient du chol. total par les lipoïdes phosphorés 24,0 (± 4,6), quotient du chol. désestérifié par les lipoïdes phosphorés 16,0 (± 3,5).

De l'étude clinique, histologique et chimique sanguine de 44 cas de xanthomatoses, P. tire la classification suivante :

I. — XANTHOMATOSES A LIPOÏDES DU SANG MORMAUX. — 1° FORMES GÉNÉRALISÉES. — a) *Granulomatoses lipoïdiques.* — 1° Xanthomes disséminés (4 cas personnels) : tumeurs jaune brun, d'une lentille à un pois, disséminées irrégulièrement sur le corps. Dépôts lipoïdes, cellules spumeuses, toujours lésions inflammatoires. Lipoïdemie absolue et relative normale. A considérer comme la forme cutanée des granulomatoses lipoïdiques. 2° Xanthomes des os, en particulier dans la maladie de Hand-Schüler-Christian. 3° Granulomatose lipoïdique viscérale.

b) *Xanthelasma næviforme*, rare (1 cas personnel), congénital : quelques tumeurs solitaires, aplaties, brun jaunâtre, d'un diamètre jusqu'à 2 centimètres, prédilection pour les paupières ; grande tendance à la guérison spontanée. Tissu fibromateux avec dépôts lipoïdiques dans les fibrocytes et les cellules géantes. Lipoïdémie presque toujours normale ; dans le cas étudié, élévation des lipoïdes phosphorés. Paraît se confondre avec le nævo-xantho-endothéliome de Mac Donagh (1912).

c) *Xanthelasma ortié* (urticatum), rare (1 cas personnel), début près de la naissance. Aspect de l'urticaire pigmentaire, avec macrophages chargés de graisse, mais sans mastzelles ni surcharge pigmentaire.

2° FORMES LOCALISÉES. — La plupart des cas de xanthelasma des paupières (27 cas personnels étudiés ; hypertension artérielle dans 9 cas sur 15).

II. — XANTHOMATOSES AVEC HYPERLIPOÏDÉMIE. — a) *Xanthomatoses essentielles.* — 1° Xanthomes tubéreux multiples (11 cas personnels) : tumeurs cutanées d'un pois à une noisette, brun-jaune-violet, tendant à la confluence, prédilection pour les régions exposées aux traumatismes (coudes, genoux, fesses, etc.). Cellules spumeuses et dépôts lipoïdiques. Souvent nodules dans les tendons et gaines tendineuses. Mort subite assez fréquente par dépôts lipoïdiques dans les valvules du cœur et les artères coronaires. Toujours augmentation du cholestérol, des lipoïdes phosphorés et du total des acides gras. Parfois augmentation du carotène et de la vitamine A.

La fréquence des hyperlipoïdémies sans xanthomatose doit faire admettre l'existence d'un deuxième facteur étiologique, très probablement les traumatismes. Traitement : régime pauvre en graisses, sans cholestérol d'origine animale ; thyroïdine à aussi haute dose que possible. 2° Xanthomatoses des tendons et gaines tendineuses. 3° Xanthomatose du cœur et des vaisseaux. 4° Quelques cas de xanthelasma des paupières. Souvent ces quatre formes se combinent chez le même sujet.

b) *Xanthomatoses symptomatiques.* — 1° des diabétiques ; 2° des ictériques.

III. — Xanthéloïde (fibrosarcome xanthomateux de Kleeberg, v. Albertini).

IV. — Xanthome, qui est un blastome vrai.

V. — Cas encore mal classables comme le xanthome aréolaire de Riehl et Arzt, la cholestérinose extra-cellulaire de Urbach, etc.

A. Touraine.

C. Frugoni et M. Coppo. — **Die hepatosplenomegale Lipoidose (Xanthomatose) mit Veränderungen an Haut und Schleimhaut** (La lipoïdose hépatosplénomégalique (xanthomatose) avec altérations de la peau et des muqueuses). *Wiener medizinische Wochenschrift*, année **92**, n° 39, 1942, p. 715.

Environ 10 cas analogues dans la littérature, surtout chez des femmes. Ici observation d'une femme de 49 ans, avec hépatosplénomégalie, léger subictère, coloration brun sale de toute la peau et des sclérotiques ; infiltration blanc jaunâtre du derme autour des yeux et sur la lèvre supérieure ; plis cutanés plus profonds. Cholestérolémie : 2 gr. 10. Il s'agit d'une anomalie primitive du métabolisme des lipoïdes.

A. Touraine.

St. Wolfram. — **Ueber das Krankheitsbild der Lipoidosis cutis et mucosæ (Lipoidproteinose)** (Sur le tableau clinique de la lipoïdo-protéinose de la peau et des muqueuses). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **182**, n° 4, 1er décembre 1941, pp. 484-494, 6 fig., bibliogr.

Étude de deux cas, chez le frère et la sœur, de la forme « abortive » de la lipoïdo-protéinose, décrite par Urbach et Wiethe en 1933 : summer-eruption, verrucosités de la face et des mains, pigmentation, cicatrices varioliformes ; muqueuses indemnes ; sang normal, pas d'hypercholestérolémie, ni d'hyperglycémie ; porphyrinurie variable. Lésions histologiques : surcharge péricapillaire.

Revue générale de la question. Courte étude de l'hérédité qui se fait en récessivité simple.

[Pour une étude d'ensemble de la maladie d'Urbach-Wiethe, consulter : Touraine, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, t. **47**, n° 4, 24 oct. 1940, pp. 273-286, 5 fig., bibliogr. et M. Sendrail et A. Bazex, *Ann. Derm. et Syph.*, 8e sér., t. **1**, nos 7-8, juillet-août 1941, pp. 244-259, 4 fig., bibliogr., *An*].

A. Touraine.

H. Gottron. — **Schüller-Christiansche Krankheit unter besonderer Berücksichtigung der Hautveränderungen** (La maladie de Schüller-Christian avec considération particulière sur ses manifestations cutanées). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. **182**, n° 6, 21 avril 1942, pp. 691-731, 32 fig., bibliogr. allemande.

La triade symptomatique classique de cette maladie (lacunes craniennes, exophtalmie, diabète insipide) ne s'accompagne que rarement de manifestations cutanées. Schüller (1915) avait signalé un angiome plan de l'avant-bras chez son malade ; mais il faut arriver à Hochstetter (1922), Veit (1922), Griffith (1922), Chiari (1931) pour que la coexistence de xanthomes soit signalée et à Rowland (1928) pour que le rôle primordial de la xanthomatose dans cette affection soit mis en évidence. En 1931, Henschen, Chiari puis Urbach parlent de xanthomatoses à type Schüller-Christian.

On ne doit cependant pas confondre xanthomatose et maladie de Schüller-Christion. La première, à l'état pur, ne détermine pas habituellement des lésions

du crâne, elle ne montre pas la nécrose, la tendance aux hémorragies, la note proliférative et exsudative de la seconde. Les cellules spumeuses de Touton de la première n'ont pas les caractères des cellules géantes à protoplasme compact de la seconde. Seule est commune la surcharge cellulaire en cholestérol.

Des manifestations xanthomateuses ont été étudiées dans la maladie de Schüller-Christian notamment par Heines (xanthelasma des deux paupières), Gottron (xanthomes des régions saillantes, des paupières, des sillons naso-labiaux, des plis de flexion, de la région génitale).

Gottron revient sur ces manifestations en décrivant, à propos de huit malades, outre les papules xanthomateuses, une *éruption à petites papules*, du *purpura* dû probablement aux lésions dyslipoïdiques constatées par Ighenti dans l'endothélium des vaisseaux et capillaires sanguins et qui paraît plus fréquent chez les jeunes malades (figures macroscopiques et histologiques), une *stomatite* avec gingivite d'aspect non spécifique ou parfois avec infiltrats papuleux qui peuvent être hémorragiques ou nécrosants. Le processus histologique et pathogénique des lésions est longuement étudié.

A. TOURAINE.

W. BURCKHARDT et WILLI (Zurich). — **Hand-Schüller-Christiansche Krankheit** (Maladie de Hand-Schüller-Christian). *24e Réunion de la Soc. suisse de Dermato-Vénéréologie*, Lucerne, 13-14 juin 1942.

Garçon de deux ans et demi. Après une otite moyenne, diabète, exophtalmie, lacunes géographiques du crâne. Sur la peau, éruption de papules miliaires jaunâtres, légère desquamation, pétéchies ; le tout rappelle un peu un eczéma séborrhéique. Histologie des papules : réticulo-endothéliome sous-épidermique, sans cellules spumeuses ni dépôts de cholestérine. Sang chimiquement normal. Foie et rate normaux.

Les dépôts de cholestérine sont considérés aujourd'hui comme secondaires dans la maladie de Hand-Schüller-Christian dont des formes analogues ont été décrites sous le nom de maladie d'Abt-Letterer-Siwe.

A. TOURAINE.

Le Gérant : G. MASSON.

DÉPÔT LÉGAL : 1944, 3e TRIMESTRE, N° D'ORDRE 87. MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, N° 155. — 10-1944.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 11 MAI 1944 (*suite*) (1)

Présidence de M. Weissenbach.

NÉCROLOGIE

Louis Thorel.

Notre collègue, Louis THOREL, dermatologiste des Hôpitaux du Havre, est décédé le 27 mars 1944 dans sa 67e année. D'origine normande, il était né à Lisieux le 25 juin 1877. Il commença ses études médicales à Poitiers, puis vint à Paris, fut reçu à l'Externat et s'orienta rapidement vers la dermatologie. Il fut l'interne de Gaucher, puis celui de Brocq, dont il resta toujours le disciple fidèle. Sa thèse inaugurale de 1904, est intitulée « De la compression en thérapeutique cutanée et particulièrement de la compression méthodique ». Il fit de ce procédé une étude très complète et en analysa le mécanisme pour en déduire avec plus de précision le mode d'action et les indications. La même année, il s'installa au Havre où il pratiqua la dermatologie pendant 40 ans. On peut dire qu'il inaugura dans cette ville notre spécialité, inexistante avant lui. Autorisé en 1904 « à titre temporaire » à faire une consultation de dermatologie dans les Hôpitaux du Havre, il devait organiser progressivement un important service de dermato-syphiligraphie, dont il assura le fonctionnement sans interruption jusqu'à sa mort. Le service de prophylaxie antivénérienne fut, depuis la dernière guerre, une charge particulièrement lourde, qu'il assuma en 1940 et en 1941 dans des conditions matérielles difficiles et très souvent dangereuses. Très absorbé par ses différentes fonctions et sa clientèle, Louis THOREL a peu publié. Il y a lieu de le regretter, car les différentes études que nous connaissons de lui font preuve d'un sens clinique avisé, comme l'article de la *Nouvelle Pratique Dermatologique* consacré à la « Dermatologie topographique des organes génitaux de l'Homme ». Les rapports incessants du Havre avec les pays d'outre-mer ont permis à THOREL d'observer et de publier des faits intéressants de pathologie exotique, en particulier les dermites des bois coloniaux. Je rappellerai encore son étude sur les bons effets des injections des préparations bismuthiques dans le traitement du psoriasis. Louis THOREL ne se cantonnait pas aux choses de la médecine. Esprit curieux et toujours en éveil, il consacrait aux lettres et aux arts, en particulier, à la musique, les quelques heures de loisir dont il pouvait disposer.

Que Madame THOREL, que son fils François THOREL qui, comme interne et chef de clinique, appartint à notre Hôpital Saint-Louis et que tous les leurs veuillent trouver ici l'expression de nos condoléances et de notre douloureuse sympathie.

COMMUNICATIONS (*suite*).

Dermato-myosite, par MM. A. SÉZARY, M. BOLGERT et J. SÉNÉCAL.

V... Denise, 54 ans, est atteinte assez brusquement le 9 juin d'un érythème du visage (sauf le menton), du décolleté, des avant-bras et des mains, qui fait penser à une lucite. Un mois plus tard, douleurs scapulaires avec limitation des mouvements,

(1) Le début de cette séance a été publié dans le no 3-4 de 1944, pp. 93 à 102.

Publication périodique mensuelle.

myalgies des bras et des cuisses, En septembre, nous notons un état subfébrile qui va durer 3 semaines sans trouble de la santé, une atrophie érythémateuse des zones sus-indiquées, des douleurs à la pression des muscles. En novembre, un placard érythémato-atrophique apparaît à la hanche droite, puis à la région sacrée. En décembre, les troubles musculaires s'aggravent et s'étendent : la malade est clouée dans son lit, elle ne peut ni s'y asseoir, ni s'y retourner, car les muscles des racines sont seuls pris. Elle peut marcher avec une certaine peine. Pas d'autre signe neurologique, pas de trouble important des réactions électriques.

Biopsie. — Peau : atrophie cornée de l'épiderme avec œdème du derme papillaire. Muscles : lésions dégénératives et nécrotiques des fibres striées, infiltrat péri-vasculaire, pigment ferrique disséminé.

Évolution. — L'atrophie cutanée se complique de pigmentation et de fines télangiectasies ; elle s'est étendue aux cuisses et aux mollets L'atrophie musculaire est plus diffuse, mais l'impotence est moins marquée et la douleur à la pression a disparu.

Formule monocytaire du pus d'une adénite survenue au cours d'une réticulose cutanée, par MM. A. Sézary, M. Bolgert et J. Sénécal.

Gir... (malade présentée à la séance du 9 décembre) est revue le 9 février pour une adénite sous-maxillaire gauche, datant de 8 jours, ferme, sensible mais non douloureuse, non inflammatoire, un peu ramollie en son centre, sans cause avérée, sans autre adénopathie, survenue au cours de radiothérapie. Le pus obtenu par ponction est amicrobien sur lames, il n'a pas tuberculisé le cobaye après 3 mois. Cytologie : à côté de quelques polynucléaires et lymphocytes, on note une grande majorité de cellules mononucléées rondes, à gros noyau arrondi avec chromatine dense occupant les trois quarts de la cellule, à protoplasma basophile, avec nombreux aspects de dégénérescence (dus aux rayons X ?). Guérison une semaine après la ponction. Cette adénopathie, qui rappelait plutôt une adénopathie bacillaire, s'en distingue cliniquement par son évolution courte et par sa cytologie.

Syphilides papuleuses avec infiltrat épithélioïde nodulaire rappelant celui de la maladie de Schaumann, par MM. A. Sézary, M. Bolgert et Cl. Durand.

Éruption diffuse de syphilides papulo-squameuses prédominante sur les membres. Sur les coupes, l'épiderme paraît aminci. Dans le derme superficiel et moyen, nombreux et volumineux îlots cellulaires, à limites le plus souvent nettes, parfois floues, formés de cellules épithélioïdes mêlées et entourées d'histiocytes, de lymphocytes et de quelques plasmocytes ; quelques cellules géantes des types plasmodial et langhansien. Quelques zones discrètes de nécrose. Quelques lésions de vascularite. Le collagène a disparu dans les infiltrats. L'aspect rappelle celui observé dans la maladie de Schaumann. Certes les limites des nodules sont parfois dégradées, l'ordination cellulaire est différente, il y a une nécrose discrète. Mais ces caractères ont été signalés dans la maladie de Schaumann. Guérison rapide par le novar-bismuth. Les données cliniques sont donc indispensables pour le diagnostic de la maladie de Schaumann.

Urticaire pigmentaire à une seule poussée, par MM. Touraine et Guex.

Fille de 5 ans. Une seule poussée à l'âge de 5 semaines, très intense, sur le tronc et les membres ayant laissé, persistantes, d'innombrables petites macules fortement pigmentées, presque coalescentes. Aucune récidive, depuis. Enfant robuste ; foie, rate, ganglions, squelette normaux. Signe de Darier très net. Fossette coccygienne, énurésie nocturne, peurs et colères ; lordose lombaire, fusion des incisives médianes inférieures. Hématies 3.510.000, leucocytes 4.000, polynucléaires neutrophiles 58, éosinophiles, 3, basophile 1, lymphocytes 31, mononucléaires 7. Parents, un frère de 3 ans, une sœur de 1 an indemnes.

Deux cas de « molluscum contagiosum » à type tumoral, par MM. Touraine et Guéniot.

Le type tumoral est très rare et ne se voit guère qu'au cas d'éruption généralisée. En voici deux exemples au cours d'une éruption *localisée* et discrète.

I. — ♂, 25 ans. Début, depuis 1 mois, par deux éléments polypoïdes, piriformes, rosés, pleins, charnus, sans dépression centrale, sur le pli antérieur de l'aisselle droite, qui ont atteint lentement le volume d'un pois et d'une noisette. Huit jours plus tard, 3 éléments de type habituel sur le bras gauche, 4 sur le bras droit, 1 sur la nuque. Quinze jours après un bouquet d'éléments dans l'aisselle gauche, les uns caractéristiques, les autres pleins, polypoïdes et non ombiliqués, du volume d'une lentille. Auto-inoculation négative.

II. — ♂, 19 ans. Depuis 5 semaines deux éléments charnus, pleins, rosés, juxtaposés sur la nuque, du volume d'un pois. Dix jours plus tard, semis d'une dizaine de petits éléments de type classique sur la nuque et les faces latérales du cou. Les éléments pleins ont la structure histologique caractéristique.

Pachydermie plicaturée ou vorticellée. Cylindrome et Nævus cérébriforme du cuir chevelu, par M. A. Touraine.

J'attire l'attention sur la confusion quelquefois faite, même dans nos Traités classiques, entre ces trois affections pourtant très différentes du cuir chevelu et qui sont trop facilement, dans notre littérature, rangées sous le premier de ces titres.

La *pachydermie vorticellée* (Audry) ou *plicaturée* (Périn) est congénitale, non héréditaire, non évolutive et s'accompagne habituellement d'autres dysplasies du crâne ou du système nerveux. Elle consiste dans un plissement plus ou moins ordonné des téguments dans toute leur épaisseur.

Le *cylindrome* débute vers la puberté et est souvent héréditaire, mais sans autres anomalies. Il est évolutif et formé de petites tumeurs arrondies volontiers coalescentes.

Le *nævus cérébriforme* part d'un nævus cellulaire de l'enfance et n'est ni congénital ni héréditaire. C'est une nappe extensive de verrucosités semi-aplanies.

Les nævi : hérédité ou induction ? par M. A. Touraine.

Comme à beaucoup de généticiens, l'hérédité des nævi ne me paraît pas démontrée ; une autre conception pathogénique est, je crois, plus satisfaisante. Je vois plutôt dans ces dysplasies le résultat d'un trouble de l'induction. On sait, depuis les travaux de Spemann et de son École sur l' « organisateur » combien général en biologie est le processus de l'induction qui, conformément à la théorie de l'épigenèse, commande la différenciation successive, de proche en proche, « en cascade » (Caullery) des cellules, des tissus et des organes. A la diminution ou à la disparition de l'induction correspondent les nævi hypo- ou aplasiques (anémiques, achromiques, etc.). De l'hyperactivité de l'induction dérivent tous les nombreux nævi hyperplasiques. Ceux-ci sont simples, unitissulaires si la dysinduction n'agit que sur des cellules arrivées au terme de leur différenciation (nævi pigmentaires, pileux, hyperkératosiques, etc.). Ils sont mixtes si elle s'exerce sur des cellules encore incomplètement différenciées, pluripotentielles (nævi mixtes de tous ordres).

Ainsi s'expliquent l'apparition tardive, la tendance évolutive, la structure pluritissulaire, les alternances, les combinaisons, les récidives, etc., des nævi, toutes conditions qui s'opposent à les considérer comme des génodermatoses, comme des variations alors qu'il ne s'agit que de somations.

(Conclusions d'un travail qui paraîtra ailleurs *in extenso*).

Immunité dans la syphilis expérimentale et granule spirochétogène, par MM. P. Gastinel, P. Collart, R. Mollinedo et R. Pulvenis.

Dans des communications antérieures, nous avons montré les raisons expérimentales pour lesquelles l'immunité dans la syphilis n'est pas liée à la présence des tréponèmes dans l'organisme. Il ne s'agit pas d'une immunité d'infection et nous nous rallions à la thèse de Chesnay montrant que le processus immunitaire est acquis pendant les premiers temps de l'évolution de la maladie. Nos recherches nous ont permis aussi de préciser les différents aspects de cette immunité.

A l'appui de la thèse que nous soutenons, il était à considérer les nouveaux enseignements apportés par la connaissance du granule spirochétogène. Nous avons

donc syphilisé des lapins et attendu un délai de trois mois pour qu'ils aient acquis l'immunité-chancre. A ce moment, nous les avons soumis à un traitement arsenical intensif, soit o gr. 10 de novarsénobenzol par kilogramme de poids, répété sept fois. Après un délai de trois semaines, les ganglions inguinaux ou poplités ont été prélevés pour la recherche du granule spirochétogène par la méthode de Séguin. On sait combien exceptionnellement est retrouvé dans le ganglion *Treponema pallidum*, tandis que le spirochétogène, comme nous l'avons montré, y est présent de façon quasi constante et très hâtive. Nos investigations ont porté sur 12 lapins qui, avant le traitement présentaient *tous, sauf dans un cas*, des spirochétogènes dans le ganglion, alors que le tréponème n'y était constaté *qu'une seule fois sur douze*. Au terme du traitement que nous considérons comme stérilisant d'après toutes nos expériences antérieures, aucun animal ne présentait plus de granule spirochétogène ni de tréponème. Ajoutons qu'à titre de contrôle des passages ganglionnaires effectués sur des animaux neufs restèrent sans résultat, conformément à toutes nos constatations anciennes.

Il apparaît donc que les lapins demeurent dûment réfractaires malgré un traitement stérilisant et que l'on ne peut invoquer pour expliquer cette immunité la persistance dans les ganglions ni de *Treponema pallidum*, ni du granule spirochétogène si régulièrement retrouvé avant la thérapeutique arsenicale.

Comparaison du traitement stérilisant et substérilisant dans les résultats des recherches du granule spirochétogène dans les ganglions lymphatiques, par MM. P. Gastinel, P. Collart, R. Mollinedo et R. Pulvenis.

Dans la note précédente, nous avons montré la constante absence des granules spirochétogènes dans les ganglions lorsque l'animal subit un traitement stérilisant. Il était nécessaire, à titre de contrôle, de voir le comportement du spirochétogène lorsque l'animal est seulement soumis à un traitement substérilisant, c'est-à-dire ne dépassant pas un total de o gr. 90 pour un lapin de 3 kilogrammes, soit moins de la moitié de la dose utilisée pour stériliser l'animal. Employant des animaux syphilisés, nous avons ainsi, traité 14 lapins et, au terme des injections, après trois semaines d'attente, les prélèvements ganglionnaires furent effectués. La présence du granule spirochétogène fut constatée 12 fois sur 14 (méthode des frottis) ; *Treponema pallidum* fut décelé une fois. Enfin, dans deux cas, il nous a été possible après avoir constaté le granule de poursuivre le traitement jusqu'à son terme normal et une nouvelle investigation ganglionnaire n'a plus permis de mettre en évidence le spirochétogène.

En bref, quelles que soient les difficultés techniques attachées à la découverte des granules spirochétogènes toujours en nombre extrêmement restreint, cette méthode permet mieux que la recherche des tréponèmes d'apprécier le résultat de l'action thérapeutique. Présence ou absence du spirochétogène pourrait bien être un critère de valeur. C'est là un point qu'il importe de considérer à côté du problème théorique sur la nature de l'immunité, comme nous l'avons évoqué brièvement dans notre première note.

L'antagonisme des pyocoques et des mycètes, par M. H. Jausion et Mlle G. Boissard.

L'attention vient d'être brusquement attirée sur les *substances antimicrobiennes élaborées par les champignons*, et dont certaines, *Fumigatine*, *Spinulosine*, *Citrinine*, *Acide pénicillique*, paraissent chimiquement définies. Non encore identifiées, la *Streptothricine*, de Gratia et Dath (1924), l'*Actinomycétine*, de Welsch (1936), la *Pénicilline*, de Fleming (1929), la *Notatine*, de Coulthard, Michaelis, et Short (1942), la *Pénatine*, de Kocholaty (1942), etc., etc., se sont accrues de la *Corylophiline*, de Levaditi (et coll.). Hautement bactériostatique, et stérilisante, pour les staphylocoques (au milliardième *in vitro*), et de nombreux microbes, elle s'est

d'ailleurs révélée parfaitement active chez les pyodermitiques de Degos (*Acad. Méd.*, 21 mars 1944). *Inversement*, Bamberg (1930), Carter (1935), et surtout Hendrickx (1937), ont montré que certains *microbes*, d'habitat végétal, étaient *capables de mycolyse*.

En 1937 et 1938 (Congrès Néo-Hippocratique, *Soc. Derm.*, *Europe Médicale*), Jausion, Bouchereau et Simone Thévenot, ont longuement soutenu l'*antagonisme des pyocoques et des mycètes*, dont Jausion faisait, dès avant, et en dépit du scepticisme général, la loi fondamentale de l'immunologie. Ainsi en décideraient de nombreux arguments, dont certains procèdent d'une récente expérimentation. Dans l'ordre THÉRAPEUTIQUE, toute longue *vaccinothérapie* antimycosique aboutit à une explosion staphylococcique, et inversement. Les suppurations chaudes sont justiciables de vaccins *peptidiques*; les abcès froids, mycosiques, ou myco-bactériens, d'extraits *glucidiques*, désensibilisants. CLINIQUEMENT, tout *Sycosis* est mixte, et n'apparaît, tantôt trichophytique, tantôt microbien, que du fait de dominances alternées. L'*Acné*, staphylococcie mineure du follicule, ne s'installe que chez des petits bacillaires, devenus réfractaires, etc., etc. Dans le domaine BIOLOGIQUE, les staphylocoques poussent généralement mal en *filtrat* de mycètes, et réciproquement, si surtout pyocoque et champignon sont issus des mêmes lésions. En *culture mixte*, le *dermatophyte* est souvent *lysé par le microbe*. Enfin, sur milieux adéquats, les *trichophytes* s'avèrent *kératophiles*, et les *staphylocoques*, *stéato-*, et surtout *stérophiles*. Le balancement des pyocoques et des mycètes paraît ainsi gouverner la pathologie microbienne de la peau.

Dermites médicamenteuses par application locale de poudres de sulfamide, par MM. JOULIA, FALLOT, PELLETIER et ARNÉ. (Bordeaux).

Les éruptions médicamenteuses après ingestion ou injection de sulfamides sont actuellement admises par tous. Moins connues paraissent celles qui sont déterminées par les applications locales de poudres.

Depuis un an, une trentaine de cas de dermites, pour la plupart à tendance diffuse, consécutives à l'application locale de 1162 F. en poudre, à l'exclusion de tout autre médicament, ont été observées tant à la Clinique dermatologique qu'en clientèle privée chez des sujets qui n'avaient manifesté jusqu'alors aucune sensibilité particulière de la peau. Une semaine en moyenne après des poudrages de plaies ou d'infection microbienne localisée comme un furoncle ou des pyodermites, il survient une dermite de voisinage à type d'eczéma parfois suintant, qui s'étend rapidement et tend à se généraliser, s'accompagnant d'un prurit vif. La dermite rétrocède en une dizaine de jours si on suspend les poudrages de sulfamide. Dans six cas où nous voulions faire la preuve, elle a récidivé dans les 24 heures qui ont suivi de nouvelles applications de poudre, déterminant à distance des réactions locales et focales avec une reprise du prurit et de l'eczéma qui présentaient les mêmes caractères cliniques que précédemment. Chez quelques sujets dont le revêtement cutané s'était reformé et n'offrait aucune lésion épidermique apparente, cette épreuve n'a donné aucun résultat.

En conséquence, il semble que les sulfamides, même en applications locales, doivent être ajoutées à la liste déjà longue des substances médicamenteuses susceptibles de provoquer des réactions qui témoignent de l'état de sensibilisation de certains malades.

Lésion à type d'accident primitif de la verge survenue après application d'une poudre médicamenteuse, combinaison de triformol-glycérine et d'oxyméthylène sulfocarbimide (aniodol externe), par M. P. LE COULANT (Bordeaux).

C..., Jean, âgé de 19 ans, étudiant en droit, nous montre le 15 janvier 1944, une érosion ovalaire de la dimension d'une pièce de 1 franc, sur le reflet préputial, nettement indurée, accompagnée d'une adénopathie inguinale gauche, indolore, du type syphili-

tique. La lésion rappelle le chancre en cocarde. La recherche du tréponème est négative par trois fois à quelques jours d'intervalle et la réaction de Hecht est également négative, bien que le patient porte cette lésion depuis 1 mois.

Il prétend ne pas avoir eu de rapports depuis 1 an. Par contre, sujet à des poussées d'herpès, il a traité la dernière éruption par des saupoudrages d'aniodol externe.

Des pansements humides à l'eau bouillie détergent rapidement la plaie qui tend à la cicatrisation en 15 jours, après élimination d'un escharre noirâtre de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Plusieurs nouvelles réactions de Hecht faites à 8 jours d'intervalle demeurent négatives.

Vaste érythroplasie en selle, des muqueuses ano-vulvaires et de la peau des régions voisines : mont de Vénus, faces internes des cuisses, marge de l'anus, début du pli interfessier, par M. P. Le Coulant (Bordeaux).

R... Cécile, 61 ans, demande conseil le 1er mars 1944, pour une lésion suintante de la région génito-anale ayant succédé à un prurit intense et continu depuis 20 ans, plus accusé depuis sa ménopause qui eut lieu à 54 ans. Depuis 5 ans les lésions, d'abord limitées à la muqueuse vulvaire ont envahi progressivement les téguments du périné antérieur et du périné postérieur. Il s'agit d'une vaste surface rouge chair musculaire, velvétique, suintante qui occupe une partie du mont de Vénus, la face interne des cuisses et le début du sillon interfessier ; les grandes et petites lèvres ont disparu, il ne reste qu'un clitoris volumineux coiffé d'un capuchon œdématié ; le pourtour de l'anus est sillonné de rhagades profondes. Sur les bords la surface est moins rouge, se recouvre d'un enduit blanchâtre plus adhérent et franchement kératosique. La couleur brun violacé de la bordure en dessine très nettement les contours qui sont régulièrement festonnés, à peine plus infiltrés que les tissus sains voisins.

Il s'agit d'une érythroplasie dont la biopsie montre la forme nettement baso-cellulaire, avec sa papillomatose géante, ses cellules du type basal et une parakératose marquée.

Sous anesthésie générale il est procédé à la destruction massive de toute la lésion par diathermo-coagulation. Au préalable, deux biopsies larges sur un bord et en pleine région velvétique vont permettre une étude plus complète de ce cas intéressant par son étendue et la participation des muqueuses génitales et de la peau du périné au processus dyskératosique.

Contribution à l'étiologie des périonyxis, par MM. A. Desaux et H. Prétet.

La malade, dont nous apportons l'observation, présente, depuis 1938, un périonyxis rebelle, d'aspect banal ; le repli unguéal congestif, œdématié, constitue un bourrelet rougeâtre autour de l'ongle dont les sillons transversaux dénoncent les poussées d'inflammation matricielle ; sept doigts sont atteints. La thérapeutique antiseptique usuelle a échoué.

Dans le sang prélevé par ponction du bourretet péri-unguéal ainsi que dans le fond du sillon qui sépare ce bourrelet de l'ongle, on décèle, le 3 novembre 1943, la présence d'un colibacille typique associé à un staphylocoque légèrement pigmenté.

La guérison est obtenue par application quotidienne d'un bouillon-vaccin colibacillaire préparé suivant la technique de Besredka, jointe à des intradermo-injections d'auto-vaccin.

Côté du streptocoque et du staphylocoque on doit accorder une place au *colibacille* dans l'étiologie du périonyxis. Ajoutons que nous avons observé avec G. Vial un périonyxis dû vraisemblablement à l'action d'un *proteus*, isolé dans le sang prélevé par ponction du bourrelet péri-unguéal. Tout dernièrement, dans le bourrelet d'un périonyxis, nous avons pu mettre en évidence la présence d'un entérocoque.

Statistiques des cas d'affections vénériennes récentes constatées au Dispensaire antivénérien de l'Hôpital de Versailles et dans le département de Seine-et-Oise, par MM. P. Vernier et J. Maspoli.

I. — *Dispensaire antivénérien de Versailles :* Cas nouveaux de maladies vénériennes.

	Hommes	Femmes	Enfants	Total 1943	1942	1941	1940
	—	—	—	—	—	—	—
Syphilis	21	18	1	40	25	15	11
Blennorragies	22	7	—	29	32	47	48
Chancres mous	2	—	—	2	—	—	—

II. — *Services de contrôle sanitaire de la prostitution de Versailles.*

	Femmes de maison	Femmes de rue	Clandestines	1943	1942	1941	1940
	—	—	—	—	—	—	—
Syphilis récentes	18	1	80	99	54	14	16
Blennorragies	75	15	118	208	209	397	188

Total des affections vénériennes récentes pour le centre de Versailles :

	1943	1942	1941	1940
	—	—	—	—
Syphilis récentes et contagieuses	139	79	29	27
Blennorragie	237	241	244	238

III. — *Cas d'affections vénériennes récentes constatées par les dispensaires antivénériens de Seine-et-Oise.*

18 Dispensaires nous ont envoyé leurs statistiques.

Syphilis récentes et contagieuses	87
Blennorragies	64

IV. — *Affections vénériennes déclarées par les médecins du département* (clientèle privée).

Déclarations numériques :

Syphilis	148
Blennorragies	245

Déclarations nominales :

Syphilis	2

Conclusion. — Dans l'ensemble du département de Seine-et-Oise, la lutte antivénérienne a permis le dépistage et le traitement de :

Syphilis	374
Blennorragies	546

Ces chiffres sont éloquents, principalement en ce qui concerne la syphilis dont la courbe des contaminations monte en flèche.

La glutathionémie dans le psoriasis, par MM. M. Bolgert et Cl. Durand.

Reprenant l'étude du métabolisme soufré dans le psoriasis, le dosage du soufre sanguin total ne nous a donné, comme à d'autres, le professeur Sézary et Mlle Leblanc (1) en particulier, que des déboires : il est normal, diminué ou augmenté.

(1) Sézary et Mlle Leblanc. La thiémie dans certaines dermatoses et dans la syphilis secondaire. *Bull. Soc. Derm.*, 1927, p. 176.

Plus féconde a été l'étude de la glutathionémie (méthode de Binet et Weller pour deux cas, et par suite du manque de lactate de cadmium, méthode de Randoin et Fabre pour les autres (1) pratiquée chez 13 malades représentant 17 dosages. Quelques témoins ont été faits.

Chez 10 malades, le glutathion oxydé (G) et le glutathion réduit (G') sont abaissés comme l'avaient signalé dans trois cas Morel, Gaté et Dorche (2).

Méthode de Binet et Weller :

Normalement	1	2
G + G' = 37 mgr. o/o	30	32,5

Méthode de Randoin et Fabre :

	3	4	5	6	7	8	9	10
G' + G' = 80 mgr. o/o	68	57	63	64	55	64	57	69

Dans deux cas (psoriasis ancien chez une femme de 72 ans et psoriasis en amélioration) les valeurs de G + G' sont normales : 81 et 85.

Dans deux cas (douteux cliniquement) G + G' = 96.

Ainsi chez 77 o/o des malades, le glutathion total oscille entre 69 milligrammes et 55 milligrammes soit un abaissement de 14 à 31 o/o, l'abaissement de G étant le plus prononcé.

Après guérison, le cas 1 remonte à 35 milligrammes (chiffre presque normal avec la méthode utilisée), les cas 3 et 5 sont guéris ou très améliorés avec 76 milligrammes et 72 milligrammes (méthode de Randoin et Fabre). Par contre, le cas 4 chez qui un deuxième dosage indique 60 milligrammes est peu amélioré.

L'étude de ce trouble biochimique du psoriasis nous paraît mériter d'être poursuivie.

Trois cas de mélanose de Riehl très améliorés par une thérapeutique intestinale, par M. M. Bolgert.

A l'origine si mystérieuse de la mélanose de Riehl, il paraît difficile de ne pas faire intervenir un facteur d'ordre alimentaire, en raison de la fréquence actuelle de l'affection. D'ailleurs, M. Jausion dans une récente communication (3) soulevait le rôle possible de goudrons végétaux et d'un pigment jaune libérés dans l'intestin à la suite de la digestion bactérienne de la cellulose du pain de guerre. Nous avons, de plus, eu connaissance de certains accidents survenus au cours de l'électro-coagulation d'hémorroïdes, liés, semble-t-il, à des modifications des gaz intestinaux (Rachet, Busson (4)).

On peut donc supposer que l'apparition de la mélanose de Riehl soit due à une résorption par la muqueuse de certains corps anormaux, actuellement élaborés au cours de la digestion, et c'est avec cette idée que nous avons soumis quelques malades à un traitement *uniquement* intestinal à la fois adsorbant, modificateur de la flore et évacuateur.

Il consiste en l'administration, le matin à jeun, d'une poudre à base de kaolin, associée à la prise avant les trois repas de comprimés de ferments glucidiques à doses fortes et décroissantes et à l'ingestion pots-prandiale d'un mucilage de graines de lin.

Chez les trois premières malades ainsi traitées, nous avons obtenu au bout d'un mois une amélioration indiscutable. Chez deux d'entre elles, revues respectivement une deuxième fois après trois et quatre semaines durant lesquelles le traitement était repris, cette amélioration confinait à la guérison.

(1) Binet et Weller. *C. R. Acad. Sciences*, 1934, t. **193**, p. 1185 ; Baudoin et Fabre. *C. R. Ac. Sciences*, 1927, t. **185**, p. 151.

(2) Morel, Gaté et Dorche. *C. R. Soc. Biol.*, 1931, t. **108**, p. 899.

(3) H. Jausion. Sur les causes de la mélanose de Riehl. *Bull. de la Soc. de Derm. et Syphil.*, séance du 11 novembre 1943, p. 318.

(4) *Soc. de gastro-entérologie*, séance de février 1944.

Notons que seule l'une de ces dernières accusait des troubles digestifs à type de ballonnement et de constipation.

Nous serions heureux que cette thérapeutique soit essayée sur une plus vaste échelle, mais nous devons signaler que certains succès obtenus par l'ingestion de stovarsol ou de vitamine P.P. pourraient peut-être s'expliquer par une modification de la flore intestinale sous l'influence de ces médicaments.

Syphilis et grossesse. Arrêt d'une grossesse à six mois et demi au cours d'un traitement antisyphilitique correct, par MM. Gouin et R. Souquin (Évreux).

L'essai d'explication de l'évolution anormale de cette grossesse constitue l'intérêt de cette observation.

Observation. — Femme C... J., âgée de 21 ans.
Bordet-Wassermann +++,
Meinicke +++ = syphilis secondaire.
Du 1er avril 1942 au 17 novembre, reçoit 21 gr. 95 de 914.
Du 8 décembre 1942 au 15 novembre 1943, reçoit 55 injections de muthanol.
Les réactions sérologiques sont négatives depuis la première série de 914.
Enceinte au mois de mai.
Le 7 décembre : envoyée par son médecin avec le diagnostic : mort du fœtus. Depuis 1 mois 1/2 les bruits du cœur ne sont plus perçus. Entre à l'hôpital d'Evreux.
Trois jours après : expulsion d'un macéré, fille : 7 mois 1/2 environ. Bien constituée. Poids : 1.800 grammes. Cordon ombilical en partie sphacélé. Épiderme décollé s'exfolie par lambeaux. Plans sous-jacents rouge-lie de vin. Insertion centrale du cordon. Placenta : 440 grammes.
8 février 1944 : L. R. au 914 : négative.
29 février 1944 : L. R. au muthanol : positive.
Tout s'est passé comme s'il n'y avait eu aucune intervention thérapeutique.
La syphilis a été correctement traitée, la sérologie est négative depuis la fin du premier traitement. Malgré cela il y a échec thérapeutique. Pour nous, la L. R. nous montre que les accidents cutanés ou profonds, récents ou tardifs, y compris les avortements survenant au cours d'une syphilis traitée correctement, ne se rencontrent que chez des malades présentant une L. R. négative au premier médicament administré.
Ici le novarsénobenzol est le premier médicament en cause. La malade présente une L. R. négative.
On pourra objecter que chez elle, la grossesse a commencé au cours d'un traitement par un bismuth (muthanol) dont la L. R. est chez elle positive. C'est exact, mais dans les accidents de grossesse comme dans les accidents syphilitiques profonds, une thérapeutique à test leucocytaire positif ne fait pas disparaître immédiatement l'effet d'un médicament négatif.
En outre, la L. R. est avant tout une réaction individuelle : dans une grossesse, la L. R. positive préjuge en général, pour la mère, d'une bonne évolution de la grossesse, mais n'a aucune signification en ce qui concerne l'avenir du produit.
Les réactions de la mère et de l'enfant peuvent être identiques ou opposées.
Positives chez les deux, il y a plénitude d'action thérapeutique pour la mère et le produit ; négatives chez les deux on peut craindre un désastre : arrêt de la grossesse, dystrophie chez l'enfant ou mort de l'enfant.
Positive chez la mère, négative chez l'enfant, ou bien négative chez la mère et positive chez l'enfant : on enregistre alors des grossesses à terme ou des avortements ou des enfants qui meurent prématurément ou qui présentent des dystrophies.
La L. R. est une réaction individuelle, elle vaut pour la mère et non pour le fœtus ; chez ce dernier, elle ne peut être recherchée qu'après la naissance.

Utilité d'associer dans certains cas un traitement bismuthique au traitement arsenical de la paralysie générale, par M. A. Bazex (de Toulouse).

Résumé de la communication : l'auteur rapporte une observation de malade présentant une paralysie générale et des lésions cutanées syphilitiques. Ces lésions n'ayant pas été améliorées par le stovarsol ont cédé à l'action du bismuth. L'auteur en déduit que le bismuth doit dans certains cas être associé au stovarsol dans le traitement de la paralysie générale.

Pemphigus bulleux hémorragique. Guérison, par M. André Petges (de Bordeaux).

Il s'agit de l'observation d'une malade âgée de 53 ans pesant plus de 100 kilogrammes qui a présenté en mars 1939 un pemphigus bulleux à grosses bulles hémorragiques presque confluentes avec état général très grave. Malgré la présence de 0 gr. 20 d'albumine, la malade a très bien supporté une série de 12 grammes de 309 P (Moranyl). Dès la 4e injection l'état général était meilleur et il ne se formait plus de nouvelles lésions. Guérison clinique après cette série. Six mois après (décembre 1939), petite poussée bulleuse qui disparaît par un traitement par stovarsol buccal.

Avec quatre ans de recul, malgré les longues rémissions que l'on peut observer dans le pemphigus, on peut parler de guérison. Il est intéressant de comparer ce cas à ceux cités dans les travaux récents de M. le professeur Gougerot, où il y a dissociation entre les accidents locaux qui guérissent et les phénomènes généraux qui s'aggravent entraînant la mort, prouvant combien dans cette affection, il est difficile de porter un pronostic quelconque en fonction de la symptomatologie locale ou générale.

Réinfection syphilitique, par M. André Petges (Bordeaux).

M. B..., 25 ans. Ce malade a contracté la syphilis en Afrique il y a 4 ans 1/2. Traité régulièrement et intensément pendant 4 ans par le novarsénobenzol à hautes doses et bismuth. Bordet-Wassermann toujours négatifs.

Dernière série en août 1943. Deux mois après la fin de sa dernière série (bivatol) le malade a des rapports avec une jeune fille, et, 3 semaines plus tard se présente à notre consultation présentant 2 petits chancres indurés de 3 millimètres de diamètre, suintants, apparus 4 jours auparavant. Adénopathie discrète à droite. Recherche de tréponèmes positive. Bordet-Wassermann négatif. Son amie examinée aussitôt est en pleine syphilis secondaire, avec roséole et nombreuses plaques muqueuses vulvaires hypertrophiques — son Bordet-Wassermann est + + +. La réinfection syphilitique ne fait, dans ce cas, aucun doute. Notion d'un traitement antérieur complet. Présence de tréponèmes. Bordet-Wassermann négatif et, enfin, notion de contamination nouvelle certaine, le malade n'ayant eu aucun autre rapport depuis la fin de son premier traitement.

Trois cas de maladie de Fox-Fordyce, par M. André Petges (Bordeaux).

Résumé. — Observations de 3 cas de maladie de Fox Fordyce dont 2 chez des jeunes filles de 15 et 16 ans 1/2 et chez un jeune homme de 18 ans. Dans cette dernière observation, les lésions affectent les aisselles, les mamelons, le pubis.

L'étude histologiquqe de 2 de ces cas a pu être pratiquée et confirme le diagnostic.

Dans l'une de ces observations, le traitment par cryothérapie sous forte pression prolongée provoquant une exulcération a amené la guréison des lésions et du prurit au niveau des applications.

Dans ces trois cas, il est à noter que, contrairement à la théorie classique, l'affection est en évolution chez des sujets jeunes, âgés de moins de 20 ans, tous trois sujets normaux au point de vue psychique et ne présentant pas de troubles endocriniens. Chez aucun d'eux on n'a pu mettre en évidence de lésions des lèvres ou de la muqueuse buccale.

Hidradénomes des paupières inférieures et hidradénomes éruptifs du thorax, par M. P. Pailheret (Rennes).

Mlle R..., 30 ans. *Paupières inférieures* : de chaque côté une dizaine de petites saillies, dimensions d'une tête d'épingle, de la couleur de la peau. *Partie antérieure du thorax* : éléments plus volumineux et plus saillants, roses, à surface lisse et plane, non prurigineux, fermes, disséminés sans ordre, au nombre d'une trentaine.

Histologie d'un élément du thorax (Dr Chevrel-Bodin). — Biopsie limitée par épithélium pavimenteux stratifié sensiblement normal ; sous ce revêtement, le derme

contient des boyaux épithéliaux nombreux qui sont, les uns allongés, les autres arrondis. Ces boyaux sont parfois creusés de kystes, parfois ils apparaissent compacts. On note une discrète infiltration lymphoplasmocytaire du derme et de plus il existe une hyperplasie assez marquée de glandes sébacées. Histologiquement, il s'agit d'un hidradénome.

Érythrodermie arsenicale guérie après sulfamidothérapie, par M. Torlais (La Rochelle).

R..., 38 ans est hospitalisée le 3 avril 1943 pour roséole. Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn +++. Urines : albumine 0, glucose 0. Traitement mixte (Bivatol et Novar). Après la 4e injection arsenicale (0 gr. 60), érythrodermie vésiculo-œdémateuse. Prurit intense. Température : 37°5-38°. Quarante comprimés de Thiazomide en 4 jours. Amélioration passagère. La température reste a-dessous de 37°. Le prurit est plus modéré, les œdèmes moins marqués. Globules rouges, 4.600.000 ; globules blancs, 26.200 ; polynucléaires éosinophiles, 76 ; polynucléaires neutrophiles, 16 ; mononucléaires, 0,5 ; moyens lymphocytes, 0,5 ; lymphocytes, 7. Taux de l'hémoglobine, 90 o/o. Réapparition du prurit. Température : 38°8, au bout de 10 jours. Cinquante comprimés de Rubiazol en 10 jours sont suivis d'une amélioration considérable : plus de suintement, plus d'œdèmes, diminution progressive du prurit ; pas de troubles digestifs. 8 juillet 1943, Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn négatifs. La malade quitte le service le 15 juillet guérie. Intradermo-réaction au novar (1/100) fortement positive.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, par MM. Torlais et Mougneau (La Rochelle).

Sarcoïdes typiques à petits nodules de la face et du cou chez une jeune fille de 17 ans. Début, 4 ans. Acrocyanose. Adiposité. Radiographie thoracique négative. Pas d'adénopathies. Cutituberculine +. Bordet-Wassermann, Kahn, 0. Formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles, 64 ; éosinophiles, 1 ; lymphocytes, 26 ; mononucléaires, 9. Globulins normaux.

Biopsie. — Épithélium de revêtement aminci non atrophique. Pas de parakératose. Léger œdème cellulaire dans certaines régions du corps muqueux. Basale rectiligne. Derme, entièrement remanié par un tissu présentant : 1° un infiltrat dense de cellules lymphoïdes ; 2° des nodules grossièrement arrondis, colorés en rose, tranchant nettement sur le tissu avoisinant et formés par des cellules rondes ou allongées à noyaux pâle du type épithélioïdes. Pas de cellules géantes. Seulement quelques groupes de cellules épithélioïdes ébauchant des cellules géantes. Autour de ces nodules inflammatoires, vaisseaux ectasiés, béants. Conjonctif entourant ces formations torpides. Amélioration nette par traitement cryothérapique.

White spot disease, par MM. Torlais et Mougneau (La Rochelle).

Lésions cutanées typiques de morphée en gouttes chez une jeune fille de 17 ans sans antécédents pathologiques et dont la mère a fait une tuberculose pulmonaire. Pas de troubles endocriniens. Radioscopie pulmonaire négative.

Biopsie. — Épiderme légèrement modifié : hyperkératose discrète. Corps muqueux assez mince. Basale à peu près rectiligne. Quelques ébauches de crêtes. Pas de parakératose mais une seule couche de cellules à éléidine et assez pauvres en granulations. Derme formé de faisceaux collagènes épais avec quelques vaisseaux à lumière étroite. Faisceaux conjonctifs se colorant normalement. Follicules pileux, glandes sébacées plutôt atrophiques, entourées d'un infiltrat lymphoplasmocytaire formant aussi des manchons périvasculaires. Glandes sudoripares rares et plutôt atrophiques. Pas de modifications notables des fibres élastiques.

Élection.

M. F. Phipps (de Quimper) a été élu membre titulaire.
M. J. Ribollet (de Cannes) a été élu membre adjoint.

Le Secrétaire de séance :
Et. Lortat-Jacob.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 8 JUIN 1944

Présidence de M. Weissenbach.

SOMMAIRE

Lichen plan cutané du tronc et muqueuse de la bouche et poïkilodermie de la face, par MM. H. Gougerot, R. Burnier et B. Duperrat.

Ce malade par l'association de ces deux réactions cutanées, typiques l'une et l'autre, est à verser au dossier de cette question si discutée par la Société et par nous-mêmes.

Le n° 142.712, âgé de 50 ans, travaille dans l'*huile depuis 24 ans*. Il vient consulter le 17 mars 1944 pour des lésions de folliculites avec points noirs des avant-bras apparues depuis 5 mois (élaiskoniose).

Depuis *deux mois*, un masque pigmenté de la face avait attiré l'attention du malade : *mélanose de Riehl* typique confirmée par l'histologie qui montra une *poïkilodermie* nette.

En même temps on constatait des lésions lichéniennes, siégeant aux aisselles, aux membres supérieurs, au thorax, sur le fourreau de la verge, aux ailes du nez, sous forme de placards d'un rouge-brunâtre, où l'on décelait parfois une papule élémentaire typique ; il existait en outre un lichen jugal gauche. L'histologie confirma ce diagnostic en montrant sur une coupe un lichen plan atypique, et sur une autre coupe un lichen plan typique.

L'état général du malade était satisfaisant ; seul un prurit intense, surtout le soir, gênait le malade. Une intradermo-réaction à la tuberculine donna une papule de 10 millimètres qui persista 8 jours.

Les injections de tuberculine à doses progressives amenèrent rapidement la disparition du prurit, et au bout de 15 piqûres, seule persistait une pigmentation brunâtre. En même temps, le malade, qui avait cessé son travail, vit s'améliorer les lésions de l'avant-bras et la pigmentation de la face.

« Acrosarcomatose » d'Unna-Kaposi. Échec de la vitamine B, par MM. H. Gougerot et R. Burnier.

Le n° 142.554, âgé de 77 ans, italien, vient consulter le 4 février 1944 pour des lésions nodulaires apparues il y a un mois environ : nodosités aplaties, infiltrées, rouge violacées, au nombre d'une douzaine sur la face dorsale des mains œdématiées, d'autres siégeant à la face externe du talon gauche et ganglions axillaires et inguinaux. Pas d'ulcérations des tumeurs qui saignent facilement.

L'état général du malade paraît bon, malgré l'existence d'un souffle systolique de la pointe. Le malade se plaint cependant de brûlures et des douleurs des mains et avant-bras.

La ponction sternale donne un médullogramme normal.

Le malade est soumis aux injections de bévitine qui, dans un cas de maladie de Kaposi avaient amené la diminution des douleurs et la régression des tumeurs (*Supplément*, 13 janvier 1944). Malgré 20 injections de bévitine, on ne constata aucune amélioration.

Le malade fut soumis alors au traitement classique : sulfarsénol et radiothérapie locale, qui amena un affaissement des lésions.

Complexe balano-préputial, scléreux post-diabétique, dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques, par MM. H. Gougerot et P. de Graciansky.

Le malade n° 143.052, 63 ans, scieur, a depuis 2 ans environ des lésions de la verge qui se sont progressivemnt développées à la suite d'une poussée de diabète avec glucosurie dont il ne reste actuellement aucune trace. Les lésions ont débuté par un anneau scléreux enserrant la base du gland, rendant impossible l'éversion du prépuce toute tentative entraînant même un léger suintement sanguin. L'anneau est mal limité sauf au niveau du frein où la muqueuse est blanchâtre sclérodermiforme. Il n'est pas possible d'affirmer qu'il y ait eu balanite.

Ultérieurement, sans que le malade puisse exactement préciser à quel moment, sont apparues sur le gland, des « varices » hémisphériques de 1 à 3 millimètres de diamètre au nombre d'une quinzaine, au-dessous et autour du méat, les unes rouges et veineuses, les autres translucides et lymphatiques. Tout autour la muqueuse du gland est blanchâtre, leucokératosique. Le méat est légèrement rétréci, le jet d'urine est diminué dans sa force, et légèrement déformé. Il n'y a pas eu de circoncision. Bordet-Wassermann, Hecht, Kahn négatifs.

Pathogénie de l'érythème noueux au cours de la thiazosulfamidothérapie, par MM. H. Gougerot et H. Lesca.

La malade n° 142,939, 30 ans, ménagère, nous montre le 14 mai 1944 une plaque sous-cutanée indurée de 70 × 60 millimètres, de la face externe de la jambe droite, apparue il y a un mois, recouverte d'une peau rose, non cyanotique, un peu bistrée, douloureuse spontanément et à la pression.

On ne trouve pas de nodosités isolées ni aux jambes ni aux avant-bras ; on note simplement à la jambe droite, près du genou un épaississement cyanotique à type d'engelure en voie de disparition.

Dans l'incertitude étiologique, on fait le 16 mai 1944 une intradermo-réaction à la tuberculine qui reste négative et le restera le 23 mai de même que la cuti-réaction, et l'on tente un traitement d'épreuve par les sulfamides (thiazomide) pendant 3 jours à la dose de 8 grammes par 24 heures.

Au bout de trois jours, la malade revient nous montrer des nodules typiques d'érythème noueux à la face antérieure des jambes aux avant-bras et elle accuse quelques douleurs articulaires. Ces nouures disparaîtront rapidement en trois jours.

Cette malade soulève le problème de la nature de l'érythème noueux au cours des sulfamidothérapies :

— érythème noueux toxique sulfamidique ? Mais une cuti-réaction à la thiazomide reste négative le 26 mai 1944 ;

— érythème noueux tuberculeux classique biotropique déclanché par le 2090, mais les réactions tuberculiniques sont négatives ;

— érythème noueux de cause inconnue biotropique ?

Balanitis xerotica obliterans ne suivant pas une circoncision, par MM. P. Durel et J. Ch. Guillemin.

Nous admettons volontiers avec Beck, avec Fabre, Gaté et Michel qu'il y a trois sortes de « kraurosis penis », encore que le terme puisse lui-même être discuté : le k. spontané de Delbanco, le k. post-balanitidem de Fournier, Jaboulay, etc..., le k. post-operationem qui correspond à la maladie de Stühmer.

Notre malade est un exemple du deuxième groupe et peut servir à démontrer que la pathogénie invoquée par Stühmer pour la balanite scléreuse oblitérante est parfois en défaut :

Malade de 32 ans, présentant à 16 ans une balanite avec infection de la fosse naviculaire, qui est traité par des bains *très* chauds ; les mêmes troubles reparaissent à diverses circonstances avec, très précocement, des troubles du jet tel qu'à 23 ans on dut pratiquer une méatotomie au thermo-cautère. Le suintement urétral est considéré par de nombreux médecins comme blennorragique bien que jusqu'à 27 ans le malade n'ait eu aucun rapport. Malgré l'absence de gonocoque ou à la suite d'examens discutables, il subit une série de traitements divers et c'est d'ailleurs comme sulfamido-résistant qu'il nous est envoyé. Le gland est presque normal sur la région dorsale mais le méat est élargi en entonnoir, hyperkératosique, sec, scléreux et plissé. La partie initiale du canal est indurée, l'urètre est nettement rétréci ne se laissant que très difficilement dilater. Il existe un écoulement séro-muqueux très clair avec une réaction cellulaire intense, des germes banaux. Pas de sclérodermie, aucun antécédent Σ, la gonoréaction est négative.

Nous croyons que la balanite récidivante a suffi à créer cet état. Peut-être la brûlure par des bains très chauds a-t-elle joué un rôle.

Nous proposons comme traitement à ce malade : diathermie ou radiothérapie et électrolyse.

Du Chloasma à la mélanose de Riehl, par MM. Jausion, Cailliau et Carlier.

Il nous a été donné d'observer deux cas de *Chloasma*, dont l'apparence était celle de la *Mélanose de guerre*. Inversement, nous avons déjà présenté à la Société une pigmentation cervico-faciale du type de Riehl, qui reproduisait fidèlement un chloasma, pourtant disparu depuis 13 ans. Notre actuelle patiente, âgée de 30 ans, et par ailleurs atteinte de dactylite phlegmoneuse de nature gonococcique, *a débuté, dans sa dyschromie, il y a 11 ans, lors de sa deuxième grossesse, par une pigmentation du type chloasmique ; la mélanopathie a persité depuis, sauf rémissions hivernales, jusqu'à devenir l'actuelle mélanose réticulée*, qui affecte exclusivement, en dehors des commissures buccales, le front et les tempes, où elle s'étale largement, non sans se limiter à 1 centimètre de la lisière du cuir chevelu. Le reste du tégument est intact. Une biopsie permet de conclure à une maladie de Riehl, plus scléro-atrophique que pigmentaire. Détail curieux : alors que la porphyrinurie quotidienne est nulle, la nicotinamidurie se chiffre par le taux considérable de 18 cgr. 12. Ce fait clinique pose, comme les trois autres que nous avons évoqués, la question d'une *possible transition entre chloasma et mélanose de Riehl.*

Syndrome de Romberg et sclérodermie, par MM. A. Touraine et H. Ruel.

♂, 6 ans, 3 frères de 11, 9 et 7 ans normaux ; pas d'antécédents personnels ou familiaux notables. Début en janvier 1944 par la sclérodermie de la joue ; celui de l'atrophie ne peut être précisé. Hémiatrophie faciale importante et progressive de la moitié droite du visage. Retrait de la joue, de la narine, des lèvres, du menton. La peau amincie semble collée au plan osseux, lui-même un peu atrophié. Légère énophtalmie. Cristallin, fond d'œil, oreille (externe, moyenne et interne) normaux, muqueuses indemnes. Pas de douleurs.

Sclérodermie en large plaque jugale, étoilée à 3 branches (sous-oculaire, prétragienne, angulo-maxillaire) ici ivoirine, là pigmentée, avec quelques télangiectasies. Un élément de sclérodermie en coup de sabre sur le frontal droit ; deux autres polycycliques et confluents sur le vertex à droite de la ligne médiane. Légère hypoesthésie ; pas de sudation, même à la pilocarpine.

Hypotrophie (poids 14 kilogrammes) ; arriération mentale, sournois, méchant. Viscères normaux. Pas de signes de syringomyélie. Wassermann et tous examens de laboratoire négatifs (sauf une urée sanguine de 0 gr. 48) ; calcémie 0,97. Radio du crâne : légères impressions digitiformes. Ponction lombaire normale.

Syndactylie et polydactylie familiales, par MM. A. Touraine et H. Ruel.

La mère : syndactylie (S) de la première phalange (P) des 4 derniers doigts (D) et totale des 3 premiers orteils (O). 14 grossesses dont 2 enfants morts très jeunes et 12 vivants.

1er ♂, S totale des 2e, 3e, 4e D ; O, normaux. — 2e ♀ normale, a un fils à S des O. — 3e ♀ normale, a un fils aîné normal et 2 filles à S des O. — 4e ♂ normal, a une fille normale. — 5e ♀ normale, a une fille normale. — 6e ♂ normal. — 7e ♀ normale. — 8e ♂ normal. — 9e ♀ normale, a 2 filles normales. — 10e (probante) ♀ 37 ans, 1 m. 52, poids 48 kilogrammes, crises d'épilepsie presque mensuelles depuis l'âge de 9 ans, hernie crurale double dans l'enfance, axiphoïdie, léger diastème, déficit intellectuel, cholestérolémie 1 gr. 80, yeux et oreilles normaux, S totale, membraneuse (sauf soudure des 3es P des 3e et 4e D) des 2e, 3e et 4e D ; ébauche d'un 6e D sur le bord cubital des 2 mains, S totale des 3 premiers O. A un fils de 18 ans avec S des 3 premiers O. — 11e ♀, S totale des 2e, 3e, 4e D ; 6 O en complète S (l'orteil supplémentaire est annexé au 5e). A un fils avec S des O. — 12e ♀, S de 1er et 2e D et S de 4e et 5e D (médius libres), S totale des 3 premiers O.

Donc en F_1, 4 syndactylies (dont 2 avec polydactylie) sur 12 sujets ; en F_2, 5 syndactylies sur 12 sujets. Au total, 10 cas dans cette famille.

Parapsoriasis en gouttes à tendance atrophiante, par MM. A. Touraine et H. Ruel.

♂, 37 ans. Pleurésie à 7 ans ; chancre syphilitique à 25 ans, bien traité. A 31 ans début aux fesses d'un parapsoriasis en gouttes très caractéristique dont les nombreux éléments couvrent aujourd'hui les lombes, les flancs, la face de flexion des membres. Visage, cou, paumes, plantes, organes génitaux respectés.

Beaucoup d'éléments, en disparaissant en 1 à 2 mois, laissent une minime dépression cicatricielle, atrophique, avec épiderme aminci, en papier à cigarette, fripé au plissement, un peu dépigmenté. Pas d'anétodermie. Ces taches atrophiques sont particulièrement nombreuses sur les flancs où elles sont le reliquat de poussées antérieures de parapsoriasis.

Bon état général. Poumons normaux cliniquement et radiologiquement. Cuti-réaction à la tuberculine positive. Tension basse (11-8). Wassermann négatif. Biopsie d'un élément en voie de disparition, avec squame en pain à cacheter : disque de kératose, pas de parakératose, surcharge du chorion en faisceaux collagènes, sans infiltrats leucocytaires, sans œdème ; pas encore d'atrophie visible.

Mélanodermite de Hoffmann et Habermann, par MM. Solente, Golé et Ruel.

Notre malade, ouvrier lamineur de 54 ans présente :

1° de vastes placards des avant-bras, d'abord rouges et prurigineux, actuellement érythémato-pigmentaires, légèrement kératosiques et lichénifiés ;

2° une pigmentation diffuse du visage, du cou et de la face dorsale des mains.

Quelques aspects régionaux particuliers. La face dorsale des mains est poivrée et follicules légèrement saillants centrés par un point noirâtre. Sur les tempes et les côtés du cou, ébauche de disposition réticulaire.

Cet ensemble, placards et pigmentation répond objectivement à la mélanodermite de Hoffmann et Habermann, malgré l'absence de bulles ou de vésicules, signe d'ailleurs accessoire. Il faut noter ici :

Le début brusque, après bombardement de l'usine le 2 mars ;

L'absence de tous les facteurs étiologiques communément invoqués : irritation par le goudron (tenue pour constante), radiations lumineuses ou actiniques, insuffisance surrénale. Par contre existe une syphilis méconnue avec aréflexie pupillaire et rotulienne et sérologie positive.

Mycosis fongoïde, par MM. A. Sézary, M. Bolgert et Claude Durand.

Lim... Ulysse, 36 ans, a, en février 1944, sur la partie gauche du prépuce, une lésion, de 4 centimètres × 1 centimètre, fortement infiltrée, assez profondément ulcérée, sanieuse, datant de 4 mois, avec petite adénopathie inguinale. Cette lésion ressemblant à un épithélioma est enlevée chirurgicalement ; l'examen histologique montre un infiltrat qu'on déclare syphiloïde (le malade a eu la syphilis en 1939, mais a été traité sérieusement et a un Bordet-Wassermann négatif).

En avril et mai, éléments analogues sur le sourcil gauche, puis sur les membres supérieurs, sur une jambe, sur le visage. Biopsie : infiltrat diffus dans le derme superficiel, nodulaire dans le derme profond, formé de cellules réticulaires anastomosées entre elles, de gros histiocytes ovalaires un peu distincts des cellules dites mycosiques, avec quelques lymphocytes et de rares plasmocytes. Rares mitoses. Ces lésions ont résisté à la radiothérapie superficielle plus longtemps que le mycosis classique.

Ce cas est insolite par son début préputial qui a provoqué une erreur de diagnostic. Cliniquement, c'est un mycosis fongoïde. Histologiquement, c'est une forme de transition avec des réticuloses moins différenciées que le mycosis fongoïde classique (abondance des cellules réticulaires). Radiologiquement, il est anormal par sa résistance aux rayons. Il pose le problème des limites du mycosis fongoïde et de sa spécificité histologique. Existe-t-il des paramycosis ?

Forme non bulleuse du syndrome de Senear-Usher, par MM. A. Sézary, M. Lesourd, J. Sénécal et J.-L. Chapuis.

Sov.... Clémence, 56 ans, porte sur le visage et le tronc depuis deux ans une éruption brûlante et prurigineuse de taches ou de placards (en vespertilio sur le visage) érythémateux, humides, recouverts de croûtelles ou de squames papyracées molles, à bords mal arrêtés. Pas de bulles, ni de vésicules, mais état finement vésiculeux à la loupe. *Signe de Nicolsky très net* sur ces placards ou à leur pourtour. Pas de séborrhée. Bon état général. Une intradermo-réaction à la tuberculine positive, l'injection d'une dose minime de vaccin polyvalent ont provoqué une réaction focale et une poussée fébrile de plusieurs semaines. Biopsie : épiderme kératosique avec par places atrophie et effacement des crêtes, par places au contraire acanthose. Derme fortement œdémateux, avec infiltrat histio-lymphoplasmocytaire le plus souvent centré par les vaisseaux. Impression de lupus érythémateux très œdémateux (Civatte, Bolgert). Pas de cause avérée sinon une poussée furonculeuse peu avant le début (obs. complète publiée dans la thèse de M. Le Sourd, 1944).

Cas pour diagnostic, par MM. Clément Simon et Rudlof.

Notre malade est une femme d'une cinquantaine d'années qui présente trois ordres de symptômes : des douleurs articulaires, de la fièvre à 38° et des signes cutanés. Ceux-ci sont constitués par des nodules et des plaques. Nodules et plaques ont le caractère commun d'être durs, inflammatoires, chauds. Ce syndrome dure depuis un mois. Il existe en outre un œdème mou des jambes.

Les antécédents ne nous éclairent guère sur l'étiologie : exérèse d'un sein ; adénite axillaire chronique que l'histologie a montré banale.

Le diagnostic nous échappe. On peut cependant écarter : lymphangite, sarcome, sclérodermie (bien que les plaques en rappellent l'induration). Nous avons pensé aux nodules de Meynet dont l'étude a été reprise par Debré au cours de la maladie de Bouillaud. Debré écrit expressément qu'au niveau des articulations qui sont en contact avec la peau (ce qui est ici le cas pour la face externe des genoux) les nodules s'étalent en plaques. Mais le seul cas comparable à celui-ci et qui reste dans notre mémoire est celui d'une malade qui, après une injection de Propidon (probablement mal stérilisé), fit une septicémie fébrile avec larges placards inflammatoires sur la peau. Nous serions heureux d'avoir l'avis de la Société.

M. Milian. — Les lésions présentées par le malade de M. Clément Simon me paraissent être des gommes staphylococciques. J'en ai observé autrefois un très bel exemple qui a récidivé pendant plusieurs années en plusieurs points du corps et qui a fini par guérir avec un auto-vaccin.

Maladie de Dühring-Brocq. Cicatrisation des lésions avec formation de nombreux kystes épidermiques, par MM. Weissenbach, Civatte et Haquin.

Il s'agit d'un nouveau cas, chez une femme de 24 ans, de cicatrisation des lésions d'une maladie de Dühring-Brocq avec formation de nombreux kystes épidermiques comme dans l'observation que nous avons publiée, ici-même, à la séance du 8 juillet 1943. Une particularité mérite d'être soulignée, l'existence du signe de Nikolsky. Néanmoins, le diagnostic de dermatite herpétiforme est certain, de par les signes cliniques et humoraux et l'étude histologique des lésions absolument caractéristiques.

Cancer des ramoneurs, par MM. R.-J. Weissenbach, P. Fernet, J. Bastard et Mme Demassieux.

Homme de 32 ans, exerçant la profession de ramoneur depuis l'âge de 16 ans. Début au mois de novembre 1943 par une verrue (poireau de la suie, Solt-Wart des auteurs anglais). Très rapidement la lésion s'est ulcérée. Le 9 mai, large ulcération siégeant à gauche depuis la racine de la verge jusqu'au 1/3 inférieur du scrotum : fond sanieux et sphacélé, bords surélevés, découpés d'une dureté ligneuse. Petits ganglions dans les aines. Histologiquement : épithélioma spino-cellulaire très infecté (M. Martineau).

Le cancer des ramoneurs, si fréquent autrefois surtout en Angleterre où il a été décrit en 1875 par Perceval Pott, est devenu très rare. Le scrotum est son siège de prédilection. Un moulage du Musée (cas de Thibierge, n° 2810) reproduit exactement les lésions de notre malade.

Notre ami Cottenot a jugé que le radium seul pouvait donner un bon résultat. La lésion ayant un volume de 61 cc. 8, l'aiguillage a été fait avec 9 aiguilles représentant 40 miligrammes de R. E. Laissées en place pendant 5 jours, la dose totale égale 40 millicuries détruites. Les lésions sont déjà en bonne voie d'amélioration.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Arthur Vernes résume ainsi : « J'ai montré des graphiques pris parmi des dizaines de milliers : un de syphilis résistante invoquée par Périn contre l'emploi du Bi intraveineux ; un de syphilis secondaire avec une centaine d'injections de 606 et contrôle poursuivi depuis un tiers de siècle, avec 22 P. L. ; un avec 9 ans de traitement, 550 injections, 12 P. L., puis 5 ans de contrôle du maintien des deux tracés au zéro ; un avec ascension de la courbe pendant le 914 ; un pour l'effet du bismuth intraveineux ; un tiré d'une étude comparative avec 19.000 Sachs, Kahn et Meinicke, où ces trois réactions sont muettes quand le Vernes-Péréthynol donne 32. Les arsénos d'emblée font trop souvent le jeu de la syphilis viscérale. Quelle serait la position de la syphiligraphie française si le sort des malades était réglé par encyclique ? Je mets les uns en contradiction avec 17 observations de nos *Bulletins* ou *Annales* et dis aux autres : si je croyais tout ce qu'on me dit sur vous ! Pour autant qu'il dépendra de moi, la lutte contre la syphilis ne sera pas obscurcie par des querelles personnelles ».

M. Lucien Périn. — J'ai apporté deux observations, prises entre beaucoup d'autres semblables, et qui m'ont paru particulièrement typiques de l'insuffisance de certains traitements de la syphilis récente. En apportant ces observations, je n'ai été inspiré, cela va sans dire, par aucune animosité personnelle à l'égard de M. Ver-

nes ou de l'Institut prophylactique, mais j'ai voulu attirer l'attention sur des méthodes trop souvent employées, que je considère comme un danger, tant pour les malades que pour la salubrité publique. J'ai cru devoir insister sur ces faits à une époque où nous assistons à une recrudescence inquiétante des cas de syphilis récente et où nous devons mettre tout en œuvre en vue d'y parer.

M. Vernes a répondu par des aperçus généraux d'un grand intérêt, mais qui n'ont qu'un rapport lointain avec les faits que j'ai relatés. Je me permettrai de lui poser les questions suivantes :

1° Estime-t-il qu'un traitement de 4 mois, si intensif qu'il ait pu être, permette de laisser une malade atteinte de syphilis secondaire en *surveillance sérologique*, sous le prétexte que la séro-réaction et la ponction lombaire sont négatives ?

2° Estime-t-il qu'une séro-réaction positive survenant après un an chez une malade ainsi laissée sans traitement doive être mise sur le compte d'une *réinfection syphilitique*, sans qu'un chancre nouveau ait été constaté ?

3° Estime-t-il que l'acétylarsan ou le bismuthoïdol soient des médications rapidement cicatrisantes à l'égard des accidents contagieux et autorisent à parler de *syphilis résistante* le jour où des accidents cliniques ou sérologiques se manifestent chez une malade ainsi traitée ?

4° Estime-t-il que sa séro-réaction, si sensible et excellente qu'elle soit, constitue pour le contrôle du traitement une garantie suffisante, et ne croit-il pas utile de la compléter dans tous les cas par d'autres méthodes en vue de dépister les dissociations sérologiques possibles ?

Je suis d'accord avec M. Vernes pour admettre que le traitement de la syphilis ne doit pas être dirigé selon des formules pré-établies. Aucune loi absolue n'est applicable en pareille matière et des règles trop rigides risqueraient d'aboutir à des catastrophes. Toutefois il existe des directives générales valables dans la plupart des cas et qui ont été sanctionnées par l'expérience. Ces directives admises par notre Société dans sa séance du 26 mars 1942 à l'unanimité des membres présents, ont été rappelées au cours de notre dernière séance et je n'y reviendrai pas ici. Elles ont été admises de même par la Commission des maladies vénériennes du Ministère de la Santé, à l'unanimité des membres présents, dans une séance à laquelle assistait M. Vernes et où il s'est associé au vote de ses collègues. Je demande à M. Vernes de demeurer fidèle à son vote, dans l'intérêt du but prophylactique que nous poursuivons tous.

M. Paul Lefèvre. — Il me paraît correct de rappeler ici, en présence de M. Vernes, l'observation que j'ai rapportée à la séance de mai, à l'appui de celle de M. Périn :

Le 2 février 1943 je suis consulté par un jeune homme mis au traitement à l'Institut Prophylactique pour chancre syphilitique de la langue le 29 décembre 1942. La réaction de Vernes était alors à 3, il reçoit 5 injections de cyanure de Hg elle monte à 19 et à 40, puis 2 Quinby, elle redescend à 18, puis 2 Bivatol, elle remonte à 45, enfin 2 Acétylarsen. A l'examen il persiste une adénopathie sous-mentale, les réactions de Wassermann et de Hecht sont très fortement positives.

Ce jeune homme, un peu surpris par l'éclectisme thérapeutique dont il a été l'objet et nourrissant, à tort, quelqu'arrière pensée d'avoir servi de sujet d'expérience, vient me demander, sur le conseil de son médecin de famille, de lui appliquer une thérapeutique différente.

Je suis convaincu que si ce sujet, mis au traitement dès le début de la période sérologique avait reçu, dans les 34 jours qui ont précédé, le traitement d'assaut que pratiquent habituellement le médecin de l'Hôpital Saint-Louis, ceux de Saint-Lazare et avec eux la grande majorité des syphiligraphes (traitement dont les directives ont été exposées dans le rapport de M. Périn et les conclusions votées à l'unanimité par la Société de Dermatologie, le 26 mars 1942) au lieu d'avoir reçu 5 cyanure, 2 quinby, 2 bivatol et 2 acétylarsan l'évolution de sa maladie eût été différente.

Après un rapide crochet positif, la sérologie aurait été négative le 2 février. Ce

sujet n'aurait été que pendant quelques jours en état de transmettre la maladie, alors que 34 jours après le début du traitement il reste certainement très contagieux. Je pense donc et M. Vernes vient de le reconnaître en nous disant que chez les prostituées il était d'accord pour faire un traitement plus intensif, que le traitement subi par mon malade a été *insuffisant*.

En appliquant la méthode de traitement des médecins de l'Hôpital Saint-Louis nous mettons le syphilitique récent dans l'impossibilité de transmettre la maladie beaucoup plus rapidement que par la méthode utilisée à l'Institut prophylactique. Or cette réduction au minimum, par le traitement, des délais pendant lesquels le syphilitique peut transmettre la maladie me paraît bien être la mesure la plus efficace dont nous disposions pour la prophylaxie.

Nous appliquons ce traitement d'assaut sans arrière-pensée puisqu'en agissant ainsi nous sommes convaincus de mettre également nos malades à l'abri de toutes complications ultérieures, bien plus sûrement que par toute autre méthode.

Il résulte de ceci que, pour la prophylaxie de la syphilis, le traitement pratiqué par les médecins de l'Hôpital Saint-Louis, etc. est infiniment plus opérant que celui pratiqué par M. Vernes et que, de l'aveu même de M. Vernes, le traitement qu'il pratique au début de la maladie est insuffisant à rendre le malade non contagieux dans les mêmes délais.

C'est pourquoi je me rallierai volontiers au vœu rédigé par notre Comité de direction qui doit être soumis tout à l'heure au vote de la Société et qui attire l'attention sur les dangers que font courir à la collectivité, en ne réduisant pas au minimum la durée de la période contagieuse, les traitements pratiqués à l'Institut prophylactique pour la syphilis à son début.

M. Clément Simon. — Je désire prendre la parole pour donner, comme simple membre de la Société, mon opinion sur les méthodes de Vernes, méthodes de traitement et méthodes sérologiques. Comme toutes les méthodes elles ne sont pas parfaites. Le cent pour cent n'existe guère en biologie. Mais les quelques échecs que l'on rapporte, même s'ils sont confirmés, ne me paraissent pas devoir condamner les principes de la méthode. Il serait facile, si le temps ne nous était mesuré, d'en faire la preuve.

Mais je ne dois pas oublier que, bien que n'ayant pas encore pris siège, je suis élu par vous président de la Société et cela me dicte certains devoirs. Celui, par exemple, de rappeler que chacun est libre ici d'apporter les critiques qui lui paraissent opportunes, à condition bien entendu que ces critiques puissent être discutées en toute liberté. Un autre devoir est aussi, je pense, de mettre en garde mes collègues contre l'inopportunité des vœux en général. Que nous donnions des conseils, quand on nous en demande, ou des avis, rien de mieux, mais rien de plus. C'est la raison pour laquelle je ne voterai pas le vœu qui nous est présenté.

M. Flandin. — Je suis heureux que l'actuelle discussion ait amené ici notre ami Arthur Vernes que nous n'avions pas vu depuis si longtemps. Je souhaite qu'il n'oublie plus le chemin de cette Société qui est la sienne. Il nous apprendra beaucoup et nous pourrons l'instruire un peu. Ce n'est pas en lisant des comptes rendus expurgés qu'on peut se rendre compte des faits et des états d'âme, mais en discutant librement, ardemment même, sans attacher aux termes vifs le sens péjoratif qu'ils auraient s'ils étaient écrits. Il est dangereux de rester dans une tour d'ivoire où n'accèdent que les proches et les louangeurs. Notre devoir mutuel est de nous dire les uns aux autres : attention ! quand nous notons que quelque chose ne va pas. D'un amical avertissement aucune homme de bonne foi ne saurait se formaliser.

M. Milian. — On ne peut laisser passer sans protestation l'affirmation de M. Vernes : l'arsénobenzène est un facteur de syphilis viscérale, nerveuse en particulier. On se croirait revenu aux temps arriérés où le mercure était accusé de produire le tabes et la paralysie générale.

Le président donne lecture du vœu suivant qui est mis aux voix :

Vœu

La Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie, émue par les observations rapportées à la séance du 11 mai 1944 de syphilitiques insuffisamment traités à l'Institut Prophylactique, attire l'attention sur les dangers de faits semblables, notamment pour la prophylaxie anti-vénérienne, ainsi que sur l'insuffisance de certaines méthodes de diagnostic biologique.

Ce vœu est adopté à la majorité des membres présents.

COMMUNICATIONS

Deux cas nouveaux de lupus érythémateux myasthénique, par MM. H. Gougerot, A. Carteaud et Maurice Lesourd.

Cette forme a été décrite par l'un de nous sous cette appellation (*Arch. Clin. Hôp. Saint-Louis*, 1937, p. 346) et par Milian sous le nom d'érythrœdème, les deux nouvelles observations seront détaillées dans la thèse de Maurice Lesourd, (Paris, juin 1944).

I. — M. Ro..., âgé de 39 ans, menuisier, consulte le 3 février 1944, pour les lésions de la face, érythémateuses, en vespertilio (que représente le moulage du Musée de Saint-Louis), des mains, etc.... Des douleurs vives des membres, non pas tant articulaires que musculaires, rendent tout mouvement extrêmement pénible et une asthénie extrême oblige le malade à interrompre son travail, il lui est difficile de s'habiller, de marcher, il n'a plus la force de se raser. La diminution de la force musculaire porte surtout sur les raccourcisseurs des membres inférieurs ; aucun trouble des réflexes. T. A. = 10/6.

L'érythème est apparu vers le 25 décembre 1943 en peau saine mais séborrhéique, d'abord à la joue droite sous forme de macules confluant en placards légèrement saillants qui s'étendent à l'autre joue, au nez, au front, aux oreilles, au cou, au cuir chevelu, s'accompagnant d'œdème. Des éléments semblables apparaissent à la face dorsale des poignets, où ils sont légèrement kératosiques, à la face dorsale des doigts, au pourtour des ongles.

Numération globulaire : G. R., 3.250.000 ; G. B., 5.800, formule normale. Intradermo à la tuberculine à 1/1.000 légèrement positive ; intradermo au vaccin streptococcique positif ; Bordet-Wassermann négatif ; radiographie pulmonaire normale ; sodium plasmatique 0 gr. 10 0/00 ; potassium plasmatique 0 gr. 32 0/00.

Le Syncortyl associé au traitement de Charpy entraîne une nette amélioration : le 10 mars : T. A. 14 1/2 — 8 1/2 ; un mois plus tard les lésions ont nettement pâli ; sur la face latérale du nez, légère hyperkératose ponctuée folliculaire ; l'asthénie persiste avec un léger état subfébrile vespéral.

Biopsie (M. Civatte) : peu de lésions, mais on retrouve ébauchées la plupart des lésions du lupus érythémateux typique : infiltrats lymphocytaires autour de l'appareil pilo-sébacé, dilatation kystique des sudorifères, œdème et congestion des corps papillaires, boules colloïdes et atteinte légère des couches inférieures du corps muqueux. Le malade ayant refusé une biopsie musculaire, il ne nous a pas été possible de reconnaître les liens qui pourraient unir le lupus érythémateux myasthénique à certaines formes de dermatomyosites.

II. — Mme Ha..., 45 ans (n° 142.817), couturière, ancienne syphilitique de 1921 à Bordet-Wassermann toujours négatifs.

L'éruption a débuté en novembre 1943 à la face dorsale des mains et des doigts. Dans les mois suivants, elle s'est étendue à la face, aux membres supérieurs, à la poitrine, aux fesses, aux cuisses. Depuis le mois de février 1944, existe un léger œdème de la face, et depuis le début d'avril 1944, un œdème mou et indolent de la main

gauche et un léger œdème malléolaire. Asthénie marquée : elle répète qu'elle a « les jambes coupées ». Prurit nocturne entraînant des lésions de grattage et de l'insomnie. État subfébrile vespéral habituel à 37°7 ou 37°8.

Le 18 avril 1944, à la face, deux placards orbitaires s'accompagnent d'œdème des paupières inférieures, et l'on découvre une légère kératose ponctuée sur les faces latérales du nez. Sur la poitrine et les membres inférieurs un érythème lilacé formé de larges placards déchiquetés, presqu'urticariens, laissant entre eux des intervalles de peau sains ; sur les faces latérales du tronc, un aspect marbré est formé par de larges macules plus violacées qu'une roséole.

Aux membres supérieurs, l'érythème qui ne s'accompagne pas d'infiltration prédomine sur le bord radial et masque une pigmentation café au lait ; à la face dorsale des poignets et à la face interne de la partie supérieure des bras, un réseau d'atrophie est formé par de petites taches blanchâtres avec légère kératose et squames fines.

L'examen viscéral est négatif, mais asthénie : T. A. 19/11 le 18 avril, 14/10 le 26 avril. Intradermo à la tuberculine positive ; Bordet-Wassermann négatif ; globules rouges 4.050.000, globules blancs 5.500, formule normale (3 éosinophiles).

Biopsie (par B. Duperrat) : léger œdème dissociant de façon toute parcellaire les cellules de la basale et le derme ; dans le derme superficiel infiltrats histio-lymphocytaires péricapillaires et en un point périglandulaire. Derme moyen et profond normal.

M. MILIAN. — J'ai décrit dès 1925 (*Société de dermatologie*, décembre) le syndrome que nous apporte aujourd'hui M. Gougerot sous le nom de lupus érythémateux myasthénique sous celui d'érythrodermie myasthénique.

Je ne crois pas qu'on puisse l'attribuer au lupus érythémateux car dans mes cas, les lésions cutanées n'avaient aucune ressemblance avec le lupus érythémateux et l'histologie en est entièrement différente. La myasthénie est en rapport avec lésion des cornes antérieures, l'érythrodermie avec celle du *tractus intermedio lateralis*.

Glossite dépapillante avec glossodynie et diminution des sécrétions salivaire et sudorale guérie par la vitamine C, par MM. R. DEGOS, R. LION et ANCELIN.

Observation rentrant dans le groupe des faits décrits par l'un d'entre nous avec Dechaume d'une part, Hénault et Goury-Laffont d'autre part (*Soc. de Derm. et de Syph.*, 12 janvier 1939, pp. 25 et 26), de glossite dépapillante et absence de sécrétions salivaire et sudorale par avitaminose C.

Mme T..., 53 ans, souffre depuis décembre 1943 de sécheresse de la bouche, avec « brûlure » pharyngo-œsophagienne, entraînant une gêne à la mastication et même à la parole, et une dysphagie marquée pour tout aliment sec. Vue le 14 mars : langue rouge carminée, sèche, partiellement dépapillée avec bords lisses ; transpiration très diminuée depuis un an, paume des mains sèche. Anorexie. Hypoacidité gastrique : acidité totale 0,81 ; HCl 0,73. Asthénie. G. R. 3.300.000, G. B. 6.000, formule normale. Réactions sérologiques de la syphilis négatives ; aucun antécédent de syphilis. Métab. Basal + 24 o/o. Poids 53 kilogrammes. Après épreuve de charge, déficit marqué en Vitamine C.

Après 15 jours d'absorption quotidienne de 300 milligrammes d'acide ascorbique : dysphagie disparue, langue en voie de repapillation, moins rouge, humide ; transpiration beaucoup plus abondante ; poids 55 kg. 800. Après 25 jours de la même médication : langue repapillée ; salivation normale ; ascorburie normale.

Cette malade n'était pas particulièrement sous-alimentée au point de vue quantitatif, mais alimentation sans aucune crudité depuis plusieurs mois.

Cellulolyse et pigmentation, par M. H. JAUSION et Mlle G. BOISSARD.

Nous avions précédemment soulevé l'hypothèse d'une possible convergence des deux pathogénies, exogène et endogène, de la mélanose de Riehl, et suggéré que la digestion des celluloses put aboutir, comme les goudrons externes, à la production

de photocatalyseurs. Nous venons d'étudier systématiquement *in vitro* la cellulolyse du son, par les microbes stercoraux, issus des pigmentés ethniques, des patients atteints de dyschromies, et des blancs, nets de tout trouble pigmentaire. Il semble que, dans tous les cas, l'attaque microbienne de la cellulose aboutisse à la production de gros volumes gazeux. Ce fait semble plus accusé chez les pigmentés ethniques et les dyschromiques, dont la flore protéolytique s'avère simultanément plus indologène qu'elle ne l'est chez d'autres individus. Si, par la méthode des tests sensitométriques, on recherche le photodynamisme des filtrats obtenus à partir des digestats de son, on constate qu'ils sont susceptibles d'abaisser, dans une proportion très sensible, le seuil d'actinite, et, partant, d'accroître la mélanogénèse. L'indol se comporte aussi comme un photocatalyseur. La flore cellulosique, que l'on sait faite de Terminosporacées et de Plectridiacées, mérite des recherches plus approfondies. Mais déjà l'inventaire a été dressé des produits d'hydrolyse qu'elle est susceptible d'engendrer. Nos recherches, qui sont à poursuivre, confirment pour l'instant nos présomptions, que venaient appuyer les constatations thérapeutiques de Bolgert ; elles renforcent la thèse d'une pathogénie intestinale des pigmentations cervico-faciales de guerre.

Action tardive de la vitamine PP sur les pigmentations cervico-faciales, par MM. H. Jausion, R. Calop et G. Carlier.

Six de nos malades, atteintes de mélanose de Riehl, et contrôlées depuis 1 an, n'ont reçu, pour traitement essentiel, en dehors de quelques médications adjuvantes ou sans spécificité, que de la vitamine PP, à la dose globale quotidienne de 70 à 100 centigrammes, en comprimés, ou partie en intramusculaires, et cela trois semaines sur quatre, pendant 2 à 9 mois selon les cas. Une seule, métallurgiste, a quitté sa profession, et, bien qu'elle garde encore un collier pigmentaire, elle est très améliorée. Les cinq autres, qui n'avaient pas de contact avec les huiles de graissage, sont toutes blanchies ou guéries, mais après un assez long temps de latence. Là, comme dans les autres actinodermatoses, l'antiphotocatalyseur nicotinique peut n'avoir d'action que différée. Pour une seule de nos patientes, l'effet de la vitamine PP a sans doute été renforcé par un extrait cortico-surrénal, précédemment sans grande efficacité.

Le retard de la mélanolyse peut ici s'expliquer par l'injection profonde et durable du réseau tropho-mélanique, qui, dans la mélanose de guerre, diffère essentiellement de la simple surcharge passagère du hâle solaire. De plus, la vitamine PP, par ailleurs végétotrope, ne doit agir qu'à retardement sur le trouble neuro-végétatif, distributeur de la dyschromie.

Acrocéphalo-syndactylie (Syndrome d'Apert), par MM. Touraine et Gosset.

Petite fille de 2 ans, déjà examinée à l'âge de 2 mois. Une sœur de 4 ans sans anomalie. Père (46 ans) et mère (24 ans) normaux, non consanguins. Pas de tare familiale. Accouchement normal. Lésions visibles dès la naissance.

Acrocéphalée très marquée ; front très surélevé et bombé ; à deux mois ; diamètre bi-pariétal 120 millimètres, antéro-postérieur 138, pourtour du crâne 390, hypertélorisme de 30 millimètres. Exophtalmie ; strabisme externe droit, sclérotiques bleues, fond d'œil normal ; oreilles normales.

Syndactylie membraneuse, complète pour les 4 derniers doigts et orteils (sauf pour la dernière phalange des cinquièmes doigts et orteils) formant palette mais avec ongles indépendants. Pouces et gros orteils volumineux.

Clinique et sérologie négative pour la syphilis. Poids 5 kg. 300 à 2 mois.

Revue à 2 ans après traitement au sulfarsénol et aux extraits d'hypophyse sans résultat. Bon état général ; vision bonne ; fort retard psychique. Aspect radiologique habituel du crâne, forte lordose basilaire, fosse pituitaire large, légères impressions digitiformes. Pas de diminution de l'extension des coudes.

Mal perforant plantaire familial et dysraphie, par MM. TOURAINE et de GRACIANSKY.

Le *probant*, âgé de 15 ans, a, depuis octobre 1942, un mal perforant plantaire, indolore, de 4 × 2 cm. 5, qui creuse jusqu'à découvrir la tête du premier métatarsien gauche. Pas de troubles des divers modes de la sensibilité, des réflexes, de la circulation ; pas de diabète ; clinique et sérologie de la syphilis négatives. Squelette sous-jacent normal à la radio. Dysraphie constituée par un large *spina bifida occulta* de la première vertèbre sacrée ; pas d'énurésie.

Dans la *famille*, le grand-père maternel a été amputé pour mal perforant plantaire (MPP). De ses deux filles, aucun renseignement sur l'aînée, mère du probant. La plus jeune, tante du malade, a une volumineuse hernie ombilicale et a été opérée en mars 1942, pour occlusion par brides sur l'iléon. Elle a eu 4 enfants, tous des fils, tous atteints de MPP. Les deux aînés ont été amputés des *deux* pieds pour cette raison (le plus âgé est mort à 26 ans, peu de temps après). Les deux plus jeunes (19 et 15 ans) n'ont de MPP que d'un seul côté. Chez tous, les réactions de la syphilis ont été négatives et le traitement spécifique n'a eu aucun résultat.

Prurigo, signe précurseur d'une pseudo-leucémie monocytique (Leucémie myéloïde et facteur létal dans la famille), par M. A. TOURAINE.

♂, 64 ans. Depuis 2 ans papules très prurigineuses de prurigo de la face, du cuir chevelu et quelquefois des avant-bras, à exsudat séreux après excoriation. Aucun autre signe. En juin 1943 : Hématies 4.620.000, Hb 92, Leucoc. 23.200 (dont poly. neutro. 22, poly. éosino. 2, lymphoc. 74, monocytes 2).

Le 15 mai 1944, découverte « par hasard » de ganglions dans les aisselles (volume d'un œuf), la nuque, les régions caroditiennes, scaléniques sus-claviculaires, épitrochléennes, inguinales. Rate : 14×7 cm ; foie : 13 cm. sur la ligne mamelonnaire. Quelques papules de prurigo sur le cuir chevelu. Bon état général. Muqueuses, viscères normaux. Pas de fièvre. Sang le 26 mai : Hématies 4.160.000, Hb. 83, Légère polychromatophilie. Plaquettes 148.000, Leucocytes 11.770 (dont poly. neutro. 25, poly. éosino. 0,5, myéloc. basoph. 0,5, lymphoc, 26, monocytes (48 o/o). Temps de saignement 3′, de coagulation 11′, lacet faiblement positif. Wassermann, Hecht, Kahn négatifs.

Il est le 5e d'une fratrie de 6, dont le 2e, le 3e, le 4e sont morts à l'âge de quelques jours et le 6e de tuberculose dans l'enfance. L'aîné est mort en 1921, à l'âge de 45 ans d'une leucémie myéloïde qui avait débuté à 42 ans.

Dermite par mélange sulfamide-antiseptique halogéné, par MM. F. COSTE, L. MARCERON et JEAN BOYER.

OBS. I. — Furoncle traité par poudrage au 1162 F cerné d'alcool iodé. Au 9e jour dermite circulaire au contact des deux surfaces. *Tests négatifs* au 1162 F à l'iode, et au mélange vieux de 24 heures ; *positif* : mélange extemporané.

OBS. II. — Anthrax traité par mélange 1162 F. Dakin et par voie interne par 1162 F, bien toléré. Après quelques jours, dermite. *Tests négatifs* : 1162 F, Dakin, I, hypobromite et mélange 1162 F-hypobromite ; *positifs* : mélange 1162 F-Dakin et 1162 F-Iode. Ingestion de 1162 F : gastrite aiguë, réactivation de la dermite et des tests positifs, œdème face et membres. Ingestion 1162 F-bicarbonate, aucune réaction.

Conclusions. — 1° Existence d'une sensibilisation par mélange d'une sulfamide et d'un halogène autre que le Cl. 2° Comme pour Cl, l'antigène semble un produit intermédiaire de la réaction et non le corps final. 3° Possibilité d'une cosensibilisation à plusieurs halogènes associés à la sulfamide. 4° Possibilité d'un équivalent gastrique de la dermite (hypothèse d'une réaction sulfamide-HCl gastrique, neutralisable par le bicarbonate). 5° Possibilité de provoquer une dermite artificielle par introduction gastrique de l'antigène.

Arséno- et bismutho-résistance, par M. H. Mandel (de Marseille), présenté par M. Touraine.

Chancre nain balano-préputial, examiné le 30 mars 1944 (tréponèmes dans le ganglion inguinal), soigné, depuis 15 jours, et sans résultat, par des poudrages à l'exoseptoplix.

Du 30 mars au 28 avril : 4 gr. 50 de novar, en doses de 0 gr. 45 à 0 gr. 90. Le 2 mai : roséole. Du 2 au 12 mai, 4 injections de muthanol ; le 22 mai extension de la roséole, plaques muqueuses sur le gland, avec tréponèmes à l'ultra. Traitement au cyanure de mercure qui fait disparaître rapidement ces accidents.

On peut se demander si cette résistance aux remèdes classiques n'est pas liée au traitement local initial par sulfamide.

Un cas de maladie de Darier, par MM. P. Joulia et P. Le Coulant (de Bordeaux).

P..., Romain, 52 ans, est examiné le 20 mai 1942 à la Consultation de la Clinique dermatologique. Il présente une maladie de Darier typique de la paume de la main et du pied droit. Les lésions datent d'une huitaine d'années. La radiothérapie et les applications de caustiques divers n'ont anemé aucune modification des lésions. Ce sont des clous kératosiques ou des saillies papillomateuses à sommet croûteux, disposées en traînées ou en bandes sur les faces latérales des doigts, sur la face palmaire. Elles sont presque confluentes sur l'extrémité du médius et de l'annulaire. Rares éléments sur la face dorsale de la main. Mêmes éléments sous la plante du pieds droit.

Sur la face latérale droite du visage, en particulier sur les tempes, la face interne du pavillon de l'oreille, les lésions prennent l'aspect de petits cônes noirs presque confluents rappelant des comédons et dont on peut faire sourdre par expression une substance cornée. On ne trouve aucun autre élément sur le reste du corps.

Cet aspect ponctué de certaines régions du visage, bien connu dans la maladie de Darier, pose un problème diagnostique avec des éruptions analogues, limitées également au visage et produite par l'application de vaselines ou d'huile de mauvaise qualité (maladie de Hoffmann et Habermann). Pas plus dans un cas que dans l'autre ces lésions ne présentent les caractères classiques de la dyskératose qui nous intéresse.

Maladie de Darier généralisée. Action de la radiothérapie superficielle non filtrée, par MM. P. Joulia et P. Le Coulant (de Bordeaux).

R... Yvette, âgée de 28 ans, examinée le 9 novembre 1943, présente depuis son enfance une éruption à tendance extensive, suintante par poussées en particulier sur le visage et cataloguée eczéma. qui a motivé de nombreux séjours dans des stations thermales sans résultat.

Elle signale que son éruption comporte deux variétés de lésions : des éléments vésiculeux et même bulleux qui semblent apparaître avec l'exposition au soleil et de petites papules qui succèdent à ces productions et s'étendent progressivement sur presque tout le corps. Leur siège de prédilection est nettement localisé aux plis : aisselles, cou, pubis et région génitoanale ; mais le tronc et les membres sont depuis quelques mois le siège d'éléments papuleux qui rappellent ceux du lichen plan.

Dans les plis, les éléments saillants, souvent folliculaires, sont caractéristiques de la psorospermose folliculaire végétante, ce que confirme l'histologie.

La malade est soumise par régions, sans limitateur, à la radiothérapie superficielle sans filtre ; une seule séance par champ, 80 kilovolts, 22 centimètres anticathode peau, 2 milli., 10 minutes d'application, ce qui correspond à une dose de 5 H. Après une phase d'érythème, les téguments ont desquamé et repris leur aspect normal. Il ne reste plus à traiter que le visage pour lequel nous comptons employer la même thérapeutique.

Maladie de Darier à localisation uniquement palatine, par MM. P. Joulia et P. Le Coulant (de Bordeaux).

G... Prosper, 45 ans, nous est adressé le 23 avril 1942 pour des lésions cataloguées « leucokératose à surveiller ». Il s'agit en réalité d'une nappe de lésions saillantes, verruqueuses par places, de la grosseur d'un grain de mil à celle de petites lentilles, parfois groupées en bouquets, de couleur blanche, à centre ombiliqué et noirâtre, siégeant sur la muqueuse palatine. A droite, elles confluent en nappes et sont plus étalées. A gauche, elles font davantage saillie et sont plus disséminées. La langue et les joues sont indemnes. Rien à noter sur le reste du corps. Le malade, dont le faciès est celui d'un hérédo-spécifique, est un ancien peladique traité il y a 20 ans par le Docteur Payenneville. L'histologie confirme le diagnostic de maladie de Darier. Les lésions ont cédé à la diathermocoagulation.

Nouveau cas de maladie de Darier, typique sur le tronc, atypique cliniquement et histologiquement sur les mains et la face (aspect de verrues planes), par MM. H. Gougerot, P. de Graciansky et B. Duperrat.

Le malade n° 143.053, 40 ans, présente une maladie de Darier constituée, sur la face antérieure du tronc et dans la gouttière vertébrale par des éléments squameux brûnâtres typiques et sur le dos des mains et le visage par des papules verruciformes identiques à des verrues planes.

L'histologie montre une dyskératose typique dans les éléments du dos, et des verrucosités simple dans les verrues de la main.

Érythème pigmentaire fixe provoqué par les sulfamides, par MM. Bazex et Dambrin (Toulouse).

M. A..., âgé de 34 ans, a été vu par nous pour la première fois le 30 mars 1943 pour une uréthrite récidivante, soignée chaque fois par le dagenan à doses moyennes. Le sixième jour après le début de la prise du médicament, apparaît sur la face dorsale du pouce gauche une tache érythémateuse de la dimension d'une pièce d'un franc. Cette tache devient rapidement squameuse et fait place au bout de quatre à cinq jours à une macule brunâtre qui disparaît en un mois environ. L'éruption se produit toujours exactement à la même place.

Comme cette uréthrite était secondaire à une calculose urinaire, le malade fut opéré et dans le bassinet gauche on trouva quatre énormes calculs qui furent enlevés ; les suites opératoires furent excellentes.

Depuis lors ayant fait prendre à notre malade des comprimés de dagenan aucun érythème ne s'est produit.

En résumé : il s'agit d'un malade atteint d'une calculose du bassinet qui, après chaque absorption de dagenan, présentait un érythème pigmentaire fixe ; les calculs ayant été enlevés, le malade put prendre du dagenan sans que l'érythème apparaisse.

Valeur comparée de la réaction de Wassermann sur sang desséché et sur sérum, par MM. J. Gadrat et G. Pécastaing (Toulouse).

La technique utilisée est inspirée de celle de M. Demanche. Par piqûre de la pulpe du doigt le sang est recueilli sur 3 pastilles de papier-filtre de 15 millimètres de diamètre. La quantité de sang ainsi prélevé varie de 2 à 3 centigrammes. La réaction comporte 3 tubes (antigène ordinaire, antigène cholestériné, témoin). Cette étude a porté sur 514 sujets dont 166 étaient des syphilitiques porteurs de manifestations diverses. La méthode sur sang sec nous a donné 102 résultats positifs alors que la réaction ordinaire sur sérum (technique Demanche) en fournissait 122 : ainsi la microméthode s'est-elle trouvée en défaut dans 12 o/o des cas. Ce défaut de

sensibilité est surtout accusé dans les sérologies faiblement positives (chancres, syphilis anciennes ou latentes) ; la concordance est absolue dans les syphilis secondaires. La réaction est toujours négative chez les témoins. La quantité de protéines est en moyenne de 1 mgr. 7 par pastille contre 4 milligrammes dans la réaction exécutée sur o cm³ o5 de sérum. Il paraît donc possible d'augmenter la sensibilité de la microméthode par une meilleure adaptation de la quantité d'antigène à introduire dans la réaction. Des expériences de conservation à la température du laboratoire ont montré que le sang sec conserve ses propriétés réactives pendant plus de 3 mois. La méthode est donc à retenir et, après perfectionnements, mérite d'être employée pour le dépistage dans les collectivités.

Bibliographie dans la thèse de Pécastaing (Pharmacie), Toulouse, 1944.

Favus disséminé très étendu, par M. Robert (Saint-Quentin), présenté par M. Degos.

Le début remonte à 1935, à l'âge de 8 mois, par contact avec d'autres faviques. Malgré l'alcool iodé, la lésion formait en mai 1940 deux placards d'une paume de main. Non traité pendant 2 ans, le favus gagna la totalité du cuir chevelu puis les membres. En août 1943, il prédomine aux régions pariéto-occipitale droite et fronto-temporales.

Aux membres, les lésions offrent une topographie linéaire, aux faces d'extension des bras jusqu'aux coudes, à la région fessière et à la face antéro-externe des cuisses dépassant le genou. Il s'agit partout de godets typiques avec, à la culture, de l'Achorion Schœuleinii.

Deux frères et une sœur dont il partage le lit depuis plusieurs années sont indemnes. L'intradermo-réaction à l'Achorine, positive chez les enfants non atteints, a été plus faible chez notre malade.

Les phénomènes bio-électriques de la peau, par M. André Denier (La Tour-du-Pin), présenté par M. L. Bory.

Les lésions de l'eczéma, suggérait M. Bory dans un récent article (1), sont peut-être sous la dépendance de charges électriques de diverses couches cellulaires. « Je voudrais, disait-il, qu'un physicien nous éclairât sur les micro-tensions ou champs électriques aux divers étages de l'épiderme et du derme, dans la peau saine, pré-eczémateuse et eczématisée ». Les travaux de Burr et mes essais personnels, trop résumés ci-dessous, répondent à la question.

Burr a réalisé un microvoltmètre pour l'étude des phénomènes bioélectriques de la peau (2). Les mesures doivent être faites symétriquement, comme en électrodiagnostic ; l'individu étant placé dans une chambre chaude et dans une cage de Faraday (3).

La différence de potentiel de la peau reflète ce qui se passe *sur elle, sous elle, loin d'elle.* Elle traduit les modifications de vitalité de la peau dans les dermatoses. Dans l'eczéma, à la période qui précède l'exosérose, on trouve des potentiels de 600 microvolts, la normale étant de 40 à 60. Ne peut-on pas parler, comme le dit M. Bory, d'une explosion de la cellule épidermique ?

Dans les ulcérations cutanées, on recherche non seulement la différence de potentiel, mais encore l'inversion de la polarité. Dans les épithéliomas ulcérés, la lésion est positive et la différence de potentiel, suivant l'activité caryokynétique de la tumeur, atteint de 5 à 15 fois la normale. La cicatrisation sous l'influence de l'irradiation ramène le potentiel à la normale et la polarité à la négative, normale également. L'inversion du potentiel permettra peut-être une classification inhabituelle des cancers.

---

(1) L. Bory. Intolérance et désensibilisations. *Presse Médicale*, 18 mars 1944.

(2) Burr. A vacuum tube microvoltmetre for the measurement of bioelectric phenomena. *The Yale Journ. Biolog. and Medicine*, octobre 1936.

(3) Denier. Courants induits chez l'habitant d'une maison en ciment armé. *Bull. Soc. Électroradiothérapie*, juin 1939.

*
* *

Assemblée Générale

Le Président proclame le résultat des élections pour le bureau de 1944-1945 :

Président : M. Clément SIMON.
Vice-Présidents : MM. P. FERNET,
Ch. FLANDIN,
Pr. FAVRE (Lyon).
Secrétaire général : M. R. DEGOS.
Trésorier : M. R. RABUT.
Archiviste : M. M. PIGNOT.
Secrétaires des séances : MM. G. SOLENTE, M. DUCOURTIOUX, Étienne LORTAT-JACOB, Georges GARNIER.
Comité de direction : MM. Paul LEFÈVRE, P. COTTENOT, F. COSTES, H. JAUSION, L. PÉRIN.

Compte rendu financier pour l'année 1943

Par Robert RABUT, trésorier

I. — SOCIÉTÉ

Recettes :	Reliquat au 1er janvier 1943	68.081 20
	Cotisations	58.292 50
	Versement de Mme Darier	50.000 00
	Portefeuille	4.590 73
		180.964 43
Dépenses :	Librairie Masson	23.536 20
	Papeterie. Correspondance	48 50
	Étrennes bibliothèque	500 00
	Secrétaires de séances	800 00
	Frais en banque	320,55
		25.205 25
	A reporter au 1er janvier 1944	155.759 18

II. — FONDS ROUSSILLE

Recettes :	Reliquat au 1er janvier 1943	19.957 95
	Versement ministériel	6.000 00
	Portefeuille	1.114 35
		27.072 30
Dépenses : néant.		
	A reporter au 1er janvier 1944	27.072 30

III. — FONDS PETRINI

Recettes :	Reliquat au 1er janvier 1943	1.613 25
	Portefeuille	40 50
		1.653 73
Dépenses : néant.		
	A reporter au 1er janvier 1943	1.653 73

IV. — FONDS BROCQ

Néant.

V. — FONDS RAVAUT

Recettes :	Reliquat au 1er janvier 1943	13.720 00
	Portefeuille	4.050 00
		17.770 00
Dépenses : néant.		
	A reporter au 1er janvier 1944	17.770 00

VI. — FONDS ZAMBACCO

Recettes :	Reliquat au 1er janvier 1943	5.775 52
	Portefeuille	830 25
		6.605 77
Dépenses : néant.		
	A reporter au 1er janvier 1944	6.605 77

BILAN

Société	155.759 18	Crédit commercial de France.	153.641 00
Roussille	27.072 30	Crédit Masson	55.242 50
Petrini	1.653 73		208.883 50
Ravaut	17.770 00	Dû caisse trésorier	22 52
Zambacco	6.605 77		208.860 98
	208.860 98		

Le Secrétaire :

Georges GARNIER.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 13 JUILLET 1944

Présidence de M. Clément Simon.

SOMMAIRE

Allocution de M. Weissenbach Président sortant.

Mes chers collègues,

Au moment de quitter la présidence de notre Société, laissez-moi, en quelques mots, vous remercier d'avoir rendu ma tâche si facile et si agréable, par votre discipline au cours de nos séances, et par la courtoisie, qui n'a cessé de régner dans les discussions, même les plus ardentes. En dépit de toutes les entraves actuelles, en dépit des malheurs, connus ou ignorés, qui ont frappé tant d'entre nous, l'activité scientifique de notre Société ne s'est pas ralentie, comme peuvent s'en rendre compte ceux qui assistent à nos séances. Par contre, la lecture de nos maigres *Bulletins* n'en donne qu'une idée imparfaite. Si on y peut constater que le nombre de nos publications est toujours élevé, on juge mal de leur intérêt et de leur qualité par les quelques lignes auxquelles les restrictions nous limitent pour chacune d'elles. Je n'en vois pas moins, dans cette activité maintenue de notre Société, le sûr garant de l'avenir de la dermatologie et de la syphiligraphie françaises, bien que nous devions, sans doute, vivre encore des jours plus difficiles et plus douloureux que ceux que nous avons vécus, la guerre venant, à nouveau, de mettre le pied sur le sol de notre malheureuse patrie avec son cortège de deuils et de dévastations. Un dur labeur nous attend donc, après ces épreuves, au jour de la paix restaurée, que, malgré tout, je veux espérer proche. Pour éviter tout gaspillage de forces et tirer de notre travail le meilleur rendement, de nombreuses réformes devront être réalisées spécialement dans l'organisation des services et des laboratoires hospitaliers. Parmi ces réformes, les plus importantes à mes yeux, sont celles qui permettraient, en particulier, aux plus jeunes d'entre nous, de consacrer une grande partie de leur temps à la recherche et aux travaux originaux réalisant cette union de la clinique et du laboratoire, qui, depuis un demi-siècle, a caractérisé le génie de la médecine française et permis ses plus belles acquisitions. Dès maintenant, pensons à ces réformes, pour les formuler en un programme précis, dont nous aurons à poursuivre avec ténacité l'indispensable réalisation.

Je suis heureux de voir me succéder mon ami Clément Simon. Nul n'a plus de

qualités pour diriger nos débats : savoir dermatologique et vénéréologique étendu, élégance et précision du verbe, autorité souriante. Il guidera avec sagesse notre Société dans une période tourmentée.

En votre nom, je convie Clément Simon à prendre la présidence et notre vice-président Fernet à s'asseoir à sa droite.

M. R. Degos. — Je suis heureux de vous proposer, au nom du Comité de Direction, de nommer M. Weissenbach, président d'honneur de la Société, pour le remercier du dévouement et de la parfaite mesure avec laquelle il a su présider nos débats.

M. Weissenbach est élu *président d'honneur* de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie à l'unanimité des membres présents.

Allocution de M. Clément Simon Président.

Messieurs,

Lorsque, poussé, ou plutôt attiré par un singulier dermotropisme, j'entrais pour la première fois, dans cette salle, j'y fus témoin d'un spectacle qui peut-être orienta toute ma vie.

Devant cette table et me masquant le bureau, s'agitaient, autour d'un personnage central à demi-nu, une vingtaine de membres de cette Société. Ils ne semblaient être d'accord ni par la parole ni par le geste. Il en résultait un brouhaha et un désordre assez sympathique et bien français. Tout à coup une sonnette retentit : chacun regagna sa place et alors se dévoila, comme sortant de la nue, le Président. « C'est M. Fournier, me souffla un voisin en blouse blanche et coiffé d'une petite calotte de velours noir. » Monsieur Fournier ! (comme on ne cesse de dire Monsieur Thiers), je le revois encore : costume noir, chemise blanche, cravate noire, faux-col trop large, un peu tassé dans son fauteuil. Je revois son visage large et pâle, ses paupières lourdes, ses joues tombantes et cet air d'impressionnante impassibilité. Il fit signe au malade de s'approcher, se pencha vers lui sans se lever, regarda la lésion une seconde à travers un verre bleu et prononça son diagnostic, j'allais dire son oracle : « Messieurs, dit-il ou à peu près, il s'agit d'un érythème syphilitique tertiaire. » La discussion était terminée.

Pour moi j'étais ébloui. Les membres du bureau m'apparaissaient comme une réunion olympienne présidée par le plus puissant des dieux. D'autres auraient pu se dire : voilà mon but, c'est vers ce fauteuil que doivent tendre mes efforts. En ce qui me concerne le tropisme fut négatif. L'idée ne me vint même pas qu'une pareille place pourrait un jour m'être confiée. L'internat peut-être, puisqu'il donne droit à une place au fond de la salle, était une ambition à ma mesure. Rien de plus. Ce n'est que beaucoup plus tard que notre éminent et regretté collègue, mon fraternel ami Marcel Ferrand, qui avait, comme tous les saints, le don de la prophétie, m'assura que je serais un jour votre président.

Je continuai donc mon externat chez Brocq et, celui-ci ayant été tiré du jury, je fus nommé l'année même en bonne place. Je fis une année de chirurgie, sous Le Dentu, deux années de médecine avec Hirtz et Boulloche et ma quatrième année dans cet hôpital dans le service de Brocq. C'est à lui que je dois d'être ce que je suis. Il serait fier de me voir à cette place qu'il a occupée avec l'éclat que la plupart d'entre nous se rappellent et que je ne tenterai pas de renouveler. Il est le seul de mes maîtres auprès de qui je n'aie jamais cessé de me sentir un simple élève. Je ne sais si, lui présent, j'aurais osé présider.

Après l'internat, pas de concours. Un séjour dans une verte vallée des Alpes dauphinoises, me permettait, grâce à un travail intense mais agréable et qui ne durait guère plus de trois mois, de jouir chaque année de neuf mois de loisir. Ce n'est pas le lieu de dire comment je les employai, si j'en excepte la fonction de médecin assistant de consultation que je gardai pendant quelques années, et la fréquentation assidue de tous les services de l'hôpital Saint-Louis. Je peux donc dire

que je suis aussi élève de Darier, de Thibierge, de Sabouraud. Je suis aussi, je n'en rougis pas, un élève de Gaston. Gaston était infirmier à la grande consultation. Mais il ne se contentait pas de faire déshabiller et de diriger les malades vers le chef de service ou ses assistants. Il regardait aussi les dermatoses et écoutait ce que disaient les maîtres de cet hôpital. Peu à peu il était arrivé à une sûreté de diagnostic impressionnante. J'ai vu Brocq l'appeler pour lui demander son avis dans des cas difficiles. Gaston cédait pour un louis d'or (c'est-à-dire pour plus de 3.000 francs de notre monnaie actuelle) aux jeunes médecins étrangers, un carnet de ses propres recettes copié de sa propre main. Sans doute il n'y était pas question de médications désensibilisatrices, ou anti-anaphylactiques, mais on trouvait dans ce modeste carnet des formules éprouvées et surtout un souvenir assez original de cette consultation de la Porte, célèbre dans le monde entier.

La guerre 1914-1918 mit fin à cet éden. Mais il y a souvent un bon côté dans les pires épreuves. Ma destinée me conduisit en Italie où j'attendis la fin de la guerre pendant plus d'un an. Là je fus chargé de créer et de diriger un centre de dermato-vénéréologie qui, je vous assure ne chôma pas : quatre cent vingt chancres syphilitiques, plus les chancrelles et les blennorrhagies : nous avions été vraiment bien reçus. Je passe sur les dermatoses qui étaient aussi très abondantes. J'avais eu la chance d'avoir pu faire venir auprès de moi, comme chef de laboratoire, notre confrère Pierre Gastinel qui a fait depuis la carrière que vous savez et qu'il n'était pas difficile de prévoir. C'est lui probablement qui m'a donné le goût de la recherche, dans la ville où le souvenir toujours vivant de Roméo et de Juliette aurait pu nous inciter à d'autres activités.

Rentré à Paris, ma vallée alpine oubliée, je me présentai au seul concours qu'il me fut possible d'aborder, celui de Saint-Lazare. Le jury m'ayant été encore favorable, j'arrivai avec un demi-point d'avance sur mon ami Fernet. Au fond c'était juste puisqu'il est plus jeune que moi. Nous avons fait depuis l'internat des carrières parallèles, avec cette fatidique année de décalage. Espérons qu'elles continueront longtemps et qu'elles resteront toujours illuminées par une amitié constante et sans nuages.

Vous le voyez, Messieurs, les chemins qui m'ont conduit ici ne sont pas ceux qui sont généralement suivis. Une fois de plus on peut dire que tous les chemins mènent à Rome et où je suis arrivé maintenant, grâce à votre vote presque unanime. Mieux qu'unanime. Il est bon en effet qu'il y ait une opposition dans toute assemblée : les questions sont examinées plus sévèrement et puis on évite de tomber dans la somnolence. Je remercie, Messieurs, ceux d'entre vous qui ont voté pour moi. Que les autres veuillent bien aussi accepter mes remerciements.

L'honneur qui m'est fait est exceptionnellement décerné à un collègue qui n'est ni médecin de Saint-Louis, ni médecin de Cochin-Ricord. Il n'y a eu, avant moi, que deux exceptions. J'ai le sens de la perspective et j'ai garde de me comparer au maître de la bactériologie et à celui de l'histologie dermatologiques. Pour eux, c'est leur propre personnalité qui s'est imposée.

En ce qui me concerne, je me suis demandé au cours d'une auto-psychanalyse dont mes premiers maîtres les Dominicains nous apprenaient la technique sous le nom d'examen de conscience, je me suis demandé quels ont été les titres qui m'ont désigné à vos suffrages. Je n'en retiens que deux.

Le premier est incontestable. Personne ne le récusera. Personne non plus ne l'enviera. C'est mon ancienneté. En effet je suis membre de notre Société depuis 1909, c'est-à-dire depuis 35 ans. Qui peut en dire autant en dehors de notre vénéré doyen M. Hudelo, de mes amis Milian, Pignot et Belot ? Tous les autres sont mes cadets. Je ne parle bien entendu que de ceux qui fréquentent nos séances. Si je me permets d'appeler M. Milian mon ami, c'est par son ordre. Il ne veut plus que je lui donne du cher Maître. On pourrait croire qu'il a désiré ainsi se rajeunir. Il n'en est rien. Cette flatteuse exigence est un témoignage de son amitié et en voici la preuve : M. Milian m'a promis, dans une des charmantes lettres qu'il m'envoie assez souvent, d'être particulièrement gentil quand il écrira ma notice nécrologique.

Pendant ces 35 années, si je ne suis pas toujours arrivé à l'heure à nos réunions (même au temps où il n'y avait pas d'alertes) je puis dire que je les ai suivies presque toutes. Si j'avais retenu tout ce que j'ai entendu ici je serais certainement le plus savant dermatologiste du monde. Peut-être les jeunes diront qu'en ce qui concerne l'ancienneté, c'est un titre que je ne mérite que trop. Je leur répondrai que la Cité, dans des circonstances beaucoup plus difficiles, a choisi, à quelque vingt ans de distance, deux hommes beaucoup plus âgés que moi et que, une fois au moins, elle n'a eu qu'à s'en louer. Il faut toujours prendre, si petit qu'on soit, les exemples le plus haut placés.

Le second titre me vient des fonctions de médecin de Saint-Lazare que j'ai remplies pendant vingt ans, aidé du premier de mes fils spirituels, mon ami charmant et si regretté, Jean Bralez. C'est là que nous avons travaillé avec la précision de deux chasseurs, passionnés mais non jaloux, et habitués à traquer chaque jour et ensemble le même gibier, sur le même terrain. C'est cette méthode qui nous a permis de trouver dans des taillis où bien d'autres avaient passé avant nous quelques pièces, petites sans doute, mais qui avaient échappé à des chercheurs moins entraînés. Bralez avait été le premier de mes fils spirituels, Mollinedo est le dernier et sans doute un des mieux doués. Les fils spirituels ont cet avantage sur les autres qu'ils sont choisis au lieu d'être imposés et qu'étant choisis à un âge relativement avancé, on n'est exposé avec eux qu'à un minimum de désillusions. Ils ont aussi cet avantage, si c'en est un, d'être créés par une sorte de parthénogénèse, sans exemple en biologie comparée.

On aurait pu avant moi trouver parmi les médecins de Saint-Lazare des présidents qualifiés. Il m'est agréable de rappeler ici les noms de Le Pileur, Jullien, Toussaint-Barthélémy, père de notre brillant collègue, Wickham, Marcel Sée, Emery, Lacapère. Les travaux qu'ils ont publiés, les livres didactiques qu'ils ont écrits, les internes qu'ils ont formés, tout cela constitue une École de Vénéréologie que vous avez voulu honorer en ma personne. En pensant à ces hommes qui travaillèrent avec de pauvres moyens dans des locaux vétustes et misérables, on se rappelle l'inscription qui surmonte fièrement la vieille porte de l'Université de Valence : « Non loca viros sed viri loca honorata reddunt ».

J'allais oublier comme troisième titre, la rédaction en chef des *Annales de Dermatologie* que j'ai reçue en 1928 des mains de Ravaut et que j'ai transmise, au bout de quinze années, à votre ancien président Touraine.

Je sais, Messieurs, que la présidence de votre Société n'est pas facile. Cela vient de ce que les orateurs sont écoutés, ce qui n'est pas aussi commun qu'on le croit, et par conséquent discutés. Chacun discute avec son tempérament; quoi de plus naturel ? On peut tout dire à condition de le faire sans violence et en ne se servant que des mots admis à figurer dans le dictionnaire de l'Académie française.

Nous avons traversé une période de discussions terminologiques. Il ne faut pas sourire. Les mots ont une grande importance. Ce sont les truchements de la pensée. Verbe n'est-il pas synonyme d'Esprit ? N'a-t-on pas dit qu'une science est une langue bien faite ? L'expression verbale dépasse même parfois l'intelligence, si l'on s'en rapporte à cette phrase de Paul Valéry : « Grandeur des poètes de saisir fortement avec leurs mots ce qu'ils ne font qu'entrevoir faiblement dans leur esprit ». Avouons modestement qu'à ce point de vue les dermatologistes sont souvent de grands poètes.

Des discussions purement scientifiques ont pris parfois la forme de tournois oratoires dont la durée n'était pas réglée par la pendule et où chacun trouvait son plaisir, même le public. Il était rare, il est vrai, qu'un orateur se déclarât vaincu par son adversaire : on ne demande pas des miracles. Mais quelque vive que fût la discussion et rapides les ripostes, on restait toujours dans le domaine de « la civilité non puérile mais honnête ». On peut prendre pour modèle la joute Jacquet-Sabouraud à propos de la pelade. Il y en a eu d'autres depuis, mais quelques-uns des jouteurs étant encore vivants et bien vivants, je ne puis être plus explicite.

Quelque convaincu que l'on soit de l'excellence de sa propre opinion, il est bon de ne pas vouloir l'imposer. Ce n'est pas moi qui ose vous donner ce conseil, c'est notre maître à tous, c'est Claude Bernard : « Quand deux physiologistes, écrit-il,

ou deux médecins se querellent pour soutenir chacun leurs idées ou leurs théories, il n'y a, au milieu de leurs arguments contradictoires, qu'une chose qui soit absolument certaine : c'est que les deux théories sont insuffisantes et ne représentent la vérité ni l'une ni l'autre ». Peut-être trouverait-on dans cette citation un terrain d'entente pour clore les débats qui arrivent à une impasse. Encore une ligne de Claude Bernard : « L'esprit vraiment scientifique devrait nous rendre modestes et bienveillants ». J'en ajoute une autre de mon crû : « Les conseils ne risquent d'être profitables que lorsqu'ils sont sollicités ».

Modestie ne veut pas dire humilité. S'il ne faut pas s'estimer au-dessus de soi-même, il ne faut pas davantage se sous-estimer. Notre Société a à son actif assez de travaux pour se maintenir à son rang qui est le premier du monde. Évitons de nous dénigrer. Ne nous laissons pas inoculer journellement et par tous les moyens, par des gens probablement bien intentionnés, je ne sais quel complexe d'infériorité et même d'impuissance. Souvenons-nous que *humilis* n'est pas loin, dans les psaumes, de *pauper* et même de *servus*. Continuons nos recherches, cultivons sans optimisme exagéré notre jardin. Des temps meilleurs approchent. Déjà le rameau d'olivier a fait éclater son bourgeon. Bientôt, avant la fin de ma présidence (qui sera courte), nous n'étoufferons plus dans les 15 lignes fatidiques pour exposer nos observations et nos communications. Nous reprendrons vite les exigences anciennes qui ne se contentaient pas de six pages gratuites, augmentées bien entendu de toutes celles auxquelles on avait droit, en payant. La vitalité de notre Société résiste à ces carences obligatoires.

Messieurs, je m'excuse d'abuser de votre patience. Mais comment résister au plaisir d'avoir un auditoire comme le vôtre et l'occasion probablement unique de parler de soi sans être interrompu. Je vous promets de ne pas recommencer.

Je succède à mon ami Weissenbach qui réunit une double culture médicale puisée à l'enseignement de maîtres bien différents Widal et Ravaut, Thibierge et Gaucher. Il s'attaque aux problèmes encore mystérieux de la pathologie générale et à ceux qui demandent, comme notre spécialité, une éducation très précise de nos sens. Notre métier n'est pas très loin de celui d'expert en tableaux et il est remarquable que quelques-uns d'entre nous soient de grands amateurs de peinture comme Brocq, Sabouraud et Weissenbach. Je ne puis faire la bibliographie des travaux publiés par notre ancien président. Mais je ne puis passer sous silence ses recherches classiques sur les propriétés biologiques du sérum et des hématies dans les états anémiques; sa découverte de la loi des équilibres lytiques cytoplasmatiques, son traitement histaminique qui a fait le tour du monde, ses travaux sur le rhumatisme, ses observations qui ont abouti à la description du syndrome de Thibierge-Weissenbach, ses travaux sur le rôle du calcium et tant d'autres.

Weissenbach sera un modèle pour moi. Assis à sa droite pendant un an, j'ai pu prendre des leçons de calme, de courtoisie, de gentillesse. J'essayerai de m'en montrer digne.

Ma tâche sera facilitée par la présence de nos deux vice-présidents.

Pierre Fernet a acquis au secrétariat général une maîtrise incontestée. C'est lui qu'on appelle quand il faut appliquer ou interpréter le règlement. C'est lui qui représente notre plus haute autorité administrative, c'est lui qui sera à ce point de vue mon meilleur conseiller.

Mon vieil ami Flandin a d'autres qualités. Parmi elles, il en est une qui est fort utile et qu'on peut résumer d'un mot : Flandin est un philosophe syncrétique, c'est-à-dire qu'il s'efforce, non sans succès de « dégager des diverses théories les éléments communs afin de pacifier l'intelligence et d'apaiser toutes les discordes ». Il arrive que son discours, toujours tranquille et plein de bon sens, contienne quelques épines, mais il n'en veut nullement à ses adversaires de les avoir parfois égratignés.

Je compte beaucoup sur notre jeune secrétaire général Degos. Sa fougue, son intelligence, l'élégance et la facilité de sa parole font penser aux autres méridionaux qui, avec le baron Alibert sous les arbres du pavillon Gabrielle et ici même avec Brocq, Pautrier, ont illustré la dermatologie parisienne.

J'aurai garde d'oublier Maurice Pignot. Il m'en voudrait de l'oublier; il m'en

voudrait plus encore de répéter ce qu'il entend chaque année. J'ajouterai seulement mes félicitations pour le travail qu'il a mené à bien dans notre bibliothèque, sur les archiâtres. Il est hautement à souhaiter qu'un éditeur avisé habille richement ce travail pour la plus grande joie des amis de Pignot, c'est-à-dire de nous tous.

J'aurai fini quand j'aurai souhaité la bienvenue à Jausion que j'aime comme Christophe Colomb aimait l'Amérique parce que je l'ai découvert et que je n'ai pas été déçu par les richesses de toutes sortes que j'avais pressenties dans son cerveau et dans son cœur. Entré dans le Comité, trop tard à mon gré, je souhaite qu'il n'en sorte plus.

Aidé de ces collaborateurs éminents, je prends avec confiance la présidence et je vous invite à travailler.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ

G. Milian. — *La syphilis occulte* (J.-B. Baillière).
R. Demanche. — *Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis*, 3e édition (Doin).

PRÉSENTATION DE MALADES

Hypodermites et dermohypodermites en général et sclèreuses sclérodermiformes en particulier (à propos du procès-verbal), par M. H. Gougerot.

La malade de Clément Simon soulève deux problèmes :

— celui des hypodermites en général,

— celui des hypodermites scléreuses sclérodermiformes lorsqu'elles deviennent dermohypodermiques en particulier.

Je suis en ce moment 4 malades nos 139.730, 141.361, 141.875 et 41.360, avec MM. Boudin, Bouvier et B. Duperrat, que je vous présenterai lorsque l'étude en sera terminée. La dernière vous est montrée aujourd'hui parce qu'elle est en pleine activité, à titre d'exemple (voir ci-dessous).

J'ai cru utile, il y a quelques années de proposer la création de ce cadre nouveau des hypodermites et dermohypodermites parce qu'il permet de mieux classer des faits anciens et nouveaux. C'est un groupement anatomo-clinique qui demande à être précisé par une étiquette étiologique.

Cette étiologie peut être variable :

— tantôt pyococcique (1) ;

— tantôt tuberculeuse (2) ;

— tantôt inconnue (3).

L'évolution vers le derme est fréquente, donnant l'aspect sclérodermiforme cli-

(1) Hypodermites et dermohypodermites subaiguës et chroniques strepto-staphylococciques. *Soc. Dermat.*, 14 décembre 1933, no 8, p. 1721 et *Arch. d. s. Clin. Hôp. St-Louis*, mars 1935, no 25, p. 91.
— Nouveau cas d'hypodermite subaiguë (avec Boulle). *Soc. Dermat.*, 14 décembre 1933, no 8, p. 1723.
— Hypodermites en plaques et en nodules strepto-staphylococciques (avec Et. Lortat-Jacob). *Soc. Dermat.*, 12 décembre 1935, no 9, p. 1800.
(2) Tuberculomes hypodermodermiques indurés en plaques : Tuberculoses sarcoïdes sclérodermiformes (avec M. Denechau). *Revue de Médecine*, septembre-octobre 1916, no 9-10, p. 664.
— Sarcoïde en nappe sclérodermiforme (avec Fernet). *Soc. dermat.*, 17 mai 1923, no 5, p. 245.
— Nouveau cas de tuberculose sarcoïde sclérodermiforme à structure non folliculaire du type Gougerot-Denechau ; étude critique de ces sarcoïdes (avec Burnier). *Soc. Dermat.*, 8 novembre 1928, no 8, p. 802 et *Arch. d. s. Clin. Hôp. St-Louis*, mars 1929, no 1, p. 155 (un schéma et une microphoto).
(3) Dermo-hypodermite aiguë en placard d'origine inconnue (avec Vial). *Soc. Dermat.*, no 3, mars 1937, p. 413. *Arch. d. s. Clin. Hôp. St-Louis*, septembre 1937, no 35, p. 381.

niquement et histologiquement au point que les histologistes non prévenus n'examinant que les lésions superficielles dermiques concluent régulièrement à la sclérodermie.

Je préfère l'appellation d'hypodermite ou de dermohypodermite à celle de gomme ou d'abcès froids pyococciques, streptococciques ou staphylococciques (1) car les nodules ou placards infiltrés ne suppurent pas constamment, ou souvent, s'ils suppurent, le ramollissement n'est que partiel et il reste un placard induré et non ramolli. Ces faits méritent d'être étudiés en série et c'est pourquoi je crois utile de souligner mes travaux antérieurs.

Nouvel exemple de dermo-hypodermite (sarcoïde) sclérodermiforme probablement tuberculeuse, par MM. H. Gougerot et Duperrat.

Le malade n° 141.360, âgé d'une quarantaine d'années, a, depuis avril 1944, l'hypodermite actuelle qui a commencé par un nodule violacé sous-cutané, s'étalant rapidement pour former un large placard hypodermique, douloureux, rouge-vernissé du mollet gauche, puis régressant partiellement au centre, d'où un large bourrelet périphérique de 30 à 40 millimètres infiltré et dur, avec une dépression centrale restant encore infiltrée.

Peu à peu le derme a été envahi, d'où l'aspect sclérodermiforme.

L'aspect clinique est si spécial, identique à nos cas antérieurs dont la bibliographie est donnée dans notre communication ci-jointe à propos du procès-verbal, que nous n'hésitons pas à porter le diagnostic.

L'échec d'un traitement sulfamidé, associé à la radiothérapie locale, la cutiréaction tuberculeuse fortement positive et une radiographie pulmonaire avec tramite scléreuse, hiles chargés, et surtout la biopsie profonde confirment le diagnostic.

Il faut souligner que le diagnostic anatomo-clinique est facile, mais que le diagnostic étiologique est à discuter, que dans les formes cliniques sclérodermiformes, la tuberculose est la cause la plus fréquente ; que la biopsie doit comprendre toute l'épaisseur de la lésion (ici 20 millimètres) ; car, si la biopsie ne prélève que le derme et l'hypoderme superficiel, l'histologiste répond, comme nous l'avons vu à plusieurs reprises : sclérodermie et infiltration banale, et c'est une erreur de diagnostic.

Nous espérons pouvoir vous remontrer la malade après traitement.

Hidradénomes éruptifs forme axillaire simulant cliniquement la maladie de Fox-Fordyce, par MM. H. Gougerot, A. Carteaud et François (Histologie par B. Duperrat).

La malade n° 143.116, âgée de 36 ans, a de multiples lésions papuleuses confluentes des aisselles et disséminées du devant de la poitrine, sans pouvoir préciser leur date d'apparition.

Les lésions, du fait de leur morphologie et de leur topographie font penser tout d'abord à une maladie de Fox-Fordyce, mais un examen plus minutieux montre que :

— la dimension des papules atteint 3 à 4 millimètres de diamètre, donc plus grande que celles de la maladie de Fox-Fordyce (qui ne dépassent pas de 1 à 2 millimètres d'ordinaire).

— Ces papules sont plus rosées alors que celles de la maladie de Fox-Fordyce sont plus pâles, plus translucides et sont souvent centrées d'une petite pointe cornée.

— Les papules des aisselles débordent sur le pli antérieur de l'aisselle pour s'égrener sur les parties latérales et même sur le thorax.

— Les papules sont absentes aux mamelons.

L'absence de prurit n'était pas un argument contre le Fox-Fordyce, car l'un de nous a montré à la Société plusieurs malades atteints de cette dermatose cliniquement et histologiquement typique qui n'avaient jamais eu de prurit.

La biopsie confirme le diagnostic d'Hidradénome éruptif.

(1) A propos de l'observation de Milian, je rappelle que j'ai décrit ces faits il y a bien longtemps en 1909 (abcès froids cocciens, recherches de contrôle des sporotrichoses *in Soc. Méd. Hôp.*, 5 février 1909, n° 5, p. 195) puis, dans un rapport spécial (Affections tuberculoïdes dues à des cocci et bactéries pyogènes : abcès froids et ulcérations, etc. *VIIe Congrès International de Dermatologie et Syphiligraphie in Progrès Médical*, 18 et 35 mai 1912, n°s 20 et 21, pp. 245 et 257).

Hidradénome éruptif disséminé classique, par MM. H. Gougerot, R. Burnier et B. Duperrat.

Le n° 143.170 sert de point de comparaison avec la malade précédente. Agé de 60 ans, il a, au nombre d'une vingtaine, depuis une vingtaine d'années, des papules lenticulaires, saillantes, rouges, disséminées sur le thorax, classiques de l'hidradénome éruptif et sans tendance à la confluence. Deux ébauches sur la paupière supérieure. La biopsie confirme le diagnostic clinique.

Lipomatoses nodulaires disséminées familiales avec nombreux nævi, par MM. H. Gougerot et P. de Gracianski.

La malade 143.061, 24 ans, a remarqué depuis 2 ans 17 nodules hypodermiques durs, bien limités, disséminés aux cuisses, aux membres supérieurs, dans les régions lombaires et costales inférieures. Ce sont les éléments typiques d'une lipomatose symétrique nodulaire disséminée de Verneuil sur l'origine nævique desquels l'un de nous a insisté. En effet, la malade a en outre de nombreux nævi pigmentaires, un nævus bleu, et de nombreux nævi achromiques du dos.

Le point intéressant de cette observation est le caractère familial de l'affection. En effet, la mère de la malade, un frère âgé de 21 ans en sont atteints. Deux sœurs jumelles de 15 ans et un frère de 13 ans sont jusque-là indemnes.

Bordet-Wasserman, Hecht, Kahn négatifs chez la malade et ses frères.

Traitement de Charpy dans les tuberculoses cutanées, par MM. H. Gougerot et Gaullier.

Depuis que Jacques Charpy, de Dijon, a signalé à nos séances de la Société de Dermatologie du 2 juillet (p. 340) et du 9 décembre 1943 (p. 333) les résultats de l'alliance du gluconate de calcium et de la vitamine D_2 nous avons systématiquement traité les malades de la Clinique (au nombre de 32) par sa première technique :

— De 22 malades atteints de lupus tuberculeux ulcérés, 7 ont eu une évolution cicatricielle par le traitement de Charpy seul (1) ; 10 ont eu la même évolution cicatricielle par le traitement de Charpy avec l'aide du traitement local ; — 1 a été amélioré de façon considérable sans traitement local ; — 4 n'ont pas été améliorés (2).

— Quatre malades atteints de lupus tuberculeux étendus non ulcérés avec érythème et infiltration œdémateuse, ont vu disparaître par le seul traitement général de Charpy l'érythème, mais les lupomes persistent partout diminués (3).

— De 7 malades atteints de lupomes sans érythème, 1 a guéri par le traitement général (Du...) 6 n'ont pas eu de régression importante.

Deux lupiques avaient des tumeurs blanches du genou et du coude avec abcès froids, les lésions se sont cicatrisées et semblent guéries.

Deux des malades des groupes ci-dessus (Du... et Michel) avaient des tuberculoses verruqueuses de la main, étendues, qui semblent guéries par le traitement général seul.

Les résultats que nous avons obtenus sont importants, on le voit, mais semblent moins heureux que ceux de la statistique de Charpy (4). C'est probablement que nos

(1) Une des 7 lupiques n° 66.889 atteinte de lupus cutané et muqueux était guérie apparemment, c'est-à-dire cliniquement depuis mai lorsque je l'ai présentée, en juillet 1944, à la Société de Dermatologie. Revue en fin d'août 1944, l'état général s'est maintenu exemplaire et la partie cutanée du lupus est restée guérie, mais elle a, depuis le 18 août 1944 une récidive muqueuse sous forme d'une petite ulcération endo-nasale ; elle a donc perdu, mais elle conserve un gain important sur l'état d'autrefois. Pourquoi cette récidive ? C'est sans doute parce que les circonstances de guerre l'ont obligée à cesser le traitement de Charpy de juin à juillet.

(2) Une de ces 7 lupiques 66.689, la malade n° 66.689, âgée de 16 ans, avait un très mauvais état général, rachitique, retard de croissance, lésions généralisées du larynx et de l'épiglotte témoignant d'une impossibilité à faire un effort de résistance.

(3) Une de ces malades, n° 64.864, revue en août, tout en gardant le bénéfice de la grande amélioration du lupus cutané a, depuis fin juin, une adénite cervicale gauche qui devient suppurante, puis fistulisée.

(4) Donc 2 récidives, sans perte du bénéfice continu du traitement, l'une, le 66.889 a fait une petite ulcération endo-nasale, l'autre 64.684 a vu une adénite se fistuliser ?

malades étaient presque tous hospitalisés, sous-alimentés, dans de moins bonnes conditions de résistance.

Les objections faites à ce traitement : action cancérigène, hypervitaminose, pouvoir sclérosant et calcification, ne résistent pas à la critique des faits.

Jusqu'à preuve du contraire, le traitement de Charpy, par sa simplicité, mérite d'être employé d'une façon systématique. Il ne paraît avoir aucun inconvénient. Il peut être facilement associé aux traitements locaux. Charpy nous a donc rendu un très grand service pour le traitement de la tuberculose cutanée et très probablement des tuberculoses dites externes.

Discussion. — A la suite de la communication de M. Gougerot, MM. Ducourtioux, Fernet, Degos, Lévy-Frankel, Touraine, Thibaut, Coste, Lefevre, Clément Simon, ont apporté des observations confirmatives, en regrettant que le manque de place imposé par les restrictions actuelles ne leur permette pas de les publier dans le *Bulletin de la Société*.

Action de la vitamine D. à doses massives dans le traitement des tuberculoses cutanées, par MM. Cl. Huriez et J. Leborgne.

Dans une communication récente, M. Charpy a attiré l'attention sur l'efficacité remarquable de la vitamine D associée au calcium dans le traitement du *lupus tuberculeux*. Notre statistique confirme entièrement ces premières données : sur 15 lupiques traités exclusivement par cette méthode, nous avons obtenu 7 résultats excellents, 4 améliorations très sensibles, 4 échecs dont 3 sont imputables peut-être aux mauvaises conditions sociales d'application ; sur 5 lupiques traités conjointement par la coagulation des lésions et le traitement vitamino-calcique, nous avons constaté une cicatrisation plus rapide des lésions et la rareté des récidives locales. Certains de ces résultats ont été particulièrement brillants, parfois inattendus (photos présentées).

Nous avons obtenu des résultats également très satisfaisants dans deux cas de *gommes tuberculeuses ramollies*, dans deux cas de *lichen scrofulosorum*, dans un cas de *tuberculides papulo-nécrotiques* et un cas d'*érythème induré de Bazin*.

La technique habituellement suivie a été la suivante : absorption *per os* d'une ampoule de 15 milligrammes de vitamine D en solution alcoolique tous les 3 jours ; injections intraveineuses trihebdomadaires de 5 centimètres cubes d'une solution de gluconate de calcium à 10 o/o. Inocuité indiscutable de cette méthode.

Sur l'action des solutions huileuses injectables de prodigiosine, par M. Hubert Jausion et Mlle Gisèle Boissard.

Les très beaux résultats du traitement proposé par Charpy pour les tuberculoses de la peau, s'inscrivent à notre sens, non seulement à l'actif de la vitamine D_2, mais aussi des *stérols en général*. L'heureuse influence de la vitamine D sur la tuberculose avait été plaidée par Levaditi et Po, dès 1930. Et c'est à l'erreur survenue dans le service de Harnapp, que l'on doit l'usage des posologies massives, du type Stérogyl 15, divulguées en France par Devraigne et Sauphar, puis adoptées par Turon, Jacquelin, Turiaf et François, Brodin, Fourestier et Ancelin, contre les polysérites tuberculeuses.

En dehors de ses propriétés vitaminiques, le *calciférol est un stérol comme les hormones gonadiques*. Avec Calop et Chalopin, l'un de nous a plaidé ici même l'*action faste du traitement folliculinique sur les tuberculoses cutanées* (1). *Augmenter la stérolémie, tout en inhibant l'hormone génotypique*, trop « consomptive », telle devrait être, sans doute, la règle pratique. La très heureuse initiative de Charpy tendait, en associant les sels de chaux, à réaliser une manière de photothérapie interne. Tel a été aussi notre but en injectant notre *prodigiosine*,

(1) Le traitement folliculinique des tuberculoses cutanées, par Jausion, Calop et Chalopin. *Soc. fr. Derm. Syph.*, juillet-août 1942, n° 7-8, p. 349.

qui est, on le sait, un *tripyrrylméthane* (1). Elle était dissoute dans les *solutions lipo-cholestérinées d'éther benzylcinnamique*, dont Jacobson a eu la remarquable initiative.

De telles préparations sont efficaces, et la *prodigiosine n'y est pas qu'un condiment, car, seule, en solution huileuse pure*, elle dégage des *effets toniques et luminosensibilisateurs*. Nous en reparlerons.

Squirrhe du sein gauche avec métastases multiples et disséminées de la peau, MM. R. J. Weissenbach, P. Fernet, P. Boyer, et Ch. Haquin (histologie de M. Martineau).

Mme P... Marg., 61 ans, s'est présentée à nous le 27 juin 1944 pour une affection cutanée qui aurait eu un début brutal dans les premiers jours de mai à la suite d'une violente émotion [?] Quoi qu'il en soit, nous constatons sur le thorax, l'abdomen, le dos, la région lombaire, une éruption de nodules durs, de consistance fibreuse, en pastille, enchâssés dans le derme dont les plus volumineux ont un diamètre de un centimètre et demi environ. A leur niveau, la peau est rouge ou rosée et sur certains éléments, on constate de fines télangiectasies ; d'autres éléments aussi nombreux font seulement une légère saillie sans modification de la coloration de la peau ; d'autres plus profonds ne sont sentis qu'à la palpation et sont mobiles sous la peau. La constatation d'une tumeur du sein gauche, de consistance ligneuse, de la grosseur d'un petit œuf de poule, intéressant la partie supérieure et externe de la glande, avec adénopathie axillaire importante, permet de poser le diagnostic de *Squirrhe du sein avec métastases multiples de la peau*. Une biopsie d'un élément du thorax montre une infiltration du tissu conjonctif et du tissu adipeux par des cellules épithéliales groupées en travées pleines avec quelques formations arrondies du type cylindrique. Il s'agit de cellules claires avec noyau ovalaire renferment une fine poussière chromatinienne. Quelques atypies cellulaires, mitoses peu abondantes.

L'état général de la malade actuellement n'est pas mauvais. Il n'y a pas de lésions du squelette, ni de localisations pulmonaires. La malade va être soignée par la radiothérapie de contact, mais le pronostic reste sombre.

Nous ne rangeons pas ce cas dans le cadre du squirrhe pustuleux ou disséminé. Tous les auteurs classiques disent que la propagation, dans la maladie de Velpeau, se fait par voie lymphatique.

Dans notre cas il s'agit d'une carcinose aiguë, par essaimage par voie sanguine, n'intéressant actuellement que la peau.

Epidermolyse bulleuse polydysplasique récessive, par MM. Touraine, Siguier et Brissaud.

♂ de 61 ans. Début des bulles dès les premières heures après la naissance, spontanées (et précédées par un vif prurit pendant 2 jours) ou une heure après un traumatisme ; poussées continuelles toute la vie, moins fortes depuis 4 mois ; prédominance aux membres inférieurs, parfois aux avant-bras (oreilles et même figure pendant l'enfance). Grande alopécie du cuir chevelu depuis l'âge de 15 ans ; sourcils et cils rares dans leur tiers externe ; autres poils peu fournis mais normaux. Très nombreuses plaques atrophiques, reliquats de bulles, sur la face antérieure des jambes, des genoux, sur la face postérieure des bras, coudes et avant-bras, devant les oreilles. Nikolsky négatif. Depuis l'âge de 2 ans, les ongles des mains sont remplacés par de minces lames cornées ; n'a jamais eu d'ongles aux orteils. Toutes les dents, sauf 4, sont tombées, sans douleurs, vers l'âge de 35 ans. Pas de kystes miliaires. Muqueuses normales. Bon état général et viscéral.

Son *frère* aîné, est mort d'urémie à 61 ans en 1938, ayant présenté les mêmes lésions dermatologiques ; il a deux enfants normaux. Un frère cadet, de 57 ans est indemne ainsi que sa fille. Il a eu deux fils, bien portants. Ses père et mère étaient normaux, non consanguins.

Sclérodermie atrésiante du méat et annulaire du prépuce, par MM. A. Touraine, G. Solente et Jame.

♂, 31 ans. Depuis 1935, étroite bande sclérodermique, progressivement annulaire, de tout le bord libre du prépuce et plaque de morphée de 15-18 millimètres de diamètre

(1) Pigments microbiens et sensibilisation cutanée à la lumière par Hubert Jausion et Gisèle Boissard. *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, n° 7-8, juillet-août 1943, p. 202.

sur le gland, centrée par le méat dans lequel elle pénètre de 3 millimètres. Peu à peu, atrésie du méat, presque punctiforme, éjaculation impossible, miction en mince filet bavant. D'un coup de ciseau, le malade élargit lui-même l'orifice, d'abord toutes les trois, aujourd'hui toutes les deux semaines.

Aucun autre élément de sclérodermie ; bon état général ; pas d'anomalie viscérale. Wassermann et Hecht légèrement positifs en 1942, mais pas de commémoratifs ni de signes de syphilis héréditaire ou congénitale.

Exérèse récente de l'anneau préputial. Histologie caractéristique de la sclérodermie.

Lèpre cutanée récemment apparue chez un Hindou ayant fait les campagnes d'Iran, d'Irak et de Lybie, par Ch. Flandin, A. Basset et G. Bureau.

L'Hindou de 28 ans qui vient d'être envoyé au Pavillon de Malte a été mobilisé à Bombay, où il était épicier, il y a 2 ans. Il n'avait jamais été malade et n'a connu aucun cas de lèpre dans sa famille ni dans son entourage. Il fit les campagnes d'Iran, d'Irak, de Lybie, fut fait prisonnier à Tobrouk et emmené en Italie, puis en Allemagne où il fut soumis à de durs travaux de terrassements. Il y a quatre mois, après deux abcès du cou et de l'aisselle apparurent des éléments papuleux sur la face et les avant-bras. L'éruption se généralisa et le malade, après un séjour à l'hôpital de Nancy nous fut envoyé à Saint-Louis.

Il présente une éruption généralisée de lépromes jeunes, prédominant à la face et aux bras, confluents par places avec déformation débutante des lobules des oreilles. Il s'agit d'une lèpre cutanée pure, sans aucun signe nerveux, sans altérations osseuses à la radiographie autres qu'un certain degré de décalcification. Les bacilles de Hansen abondent dans les lépromes, dans le mucus nasal, dans le sang, en amas, globi ou isolés, presque tous extracellulaires.

Il s'agit donc d'une forme cutanée aiguë, jeune, sans réaction de défense de l'organisme.

L'origine de cette lèpre ne paraît pas être dans l'Inde.

Plus probablement la contamination s'est faite en Iran, en Irak ou plutôt en Lybie où la lèpre est fréquente. Le changement de climat, l'alimentation et les fatigues subies par le malade ont sans doute déclenché la poussée actuelle par un mécanisme analogue à celui que nous avons observé chez les 12 Sénégalais que nous avons observés et présentés en 1940-1941. Mais, chez ceux-ci, il s'agissait de lèpre tuberculoïde très différente comme gravité et contagiosité de la forme cutanée de cet Hindou.

M. R. Montel. — J'ai vu ce malade, il présente de la rhinite avec émission bacillaire, des nerfs cubitaux et sciatiques poplités externes hypertrophiés, flexueux et très douloureux, enfin une éruption nodulaire généralisée datant de 4 mois. Je ne crois pas qu'il soit justifié de qualifier cette lèpre de « récente ». La rhinite, en effet, est rare dans les cas récents et les hypertrophies nerveuses témoignent d'une assez longue évolution.

L'abondance des bacilles de Hansen dans le sang des lépromes recueilli par piqûre marque le caractère évolutif aigu de l'éruption nodulaire mais n'autorise aucune conclusion ferme sur la date de début de l'affection et l'âge des lésions.

N'est-il pas plus logique de supposer que cette lèpre, contractée il y a plusieurs années dans l'Inde, est restée à l'état latent, quiescent, avec des lésions inapparentes (névrites) et a été révélée par l'éruption nodulaire à la suite des carences physiques et morales de la captivité ?

J'ai souvent rencontré, en Indochine, des cas de lèpre révélés ou aggravés par une atteinte de l'état général, une maladie intercurrente : paludisme, grippe.

La présence du bacille de Hansen dans le sang recueilli par piqûre ne permet pas de conclure à la *bacillémie vraie*. Cette dernière est presque toujours intracellulaire, on peut la constater en recueillant le sang d'une veine du pli du coude en le centrifugeant et en faisant un étalement sur lame avec la couche de leucocytes séparé par la centrifugation. Si, dans une telle préparation, on trouve des bacilles libres ou des monocytes parasités qui sont parfois bourrés de bacilles de Hansen, on pourra affirmer la bacillémie vraie. Dans le sang recueilli par piqûre, l'expression des tissus ou leur dilacération amène la sortie dans la goutte san-

guine de bacilles tissulaires et de monocytes parasités qui n'ont pas la signification d'une bacillémie vraie (La bacillémie lépreuse, *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, mai 1944).

Hydroa vacciniforme avec porphyrinurie. Action de la Nicotamide, par MM. Dérot, Lafourcade, Canivet et Lefort.

H..., 39 ans depuis 1943 éruption formée de bulles arrondies ou ovalaires, les unes lenticulaires à contenu séreux ou sérohématique, les autres de la taille d'une pièce de monnaie et de contenu séropurulent. Les premières superficielles se dessèchent et guérissent sans cicatrice, les secondes se dessèchent sous une croûte noirâtre qui tombe laissant cicatrice vacciniforme. Siège : mains, visage, cou. Influence solaire. Impossibilité réactiver éruption sur le corps et les mains avec test de Saïdmann. Pas d'éosinophilie dans sang et liquide des bulles. Bordet-Wassermann négatif. Pas de signes digestifs ni neurologiques. Porphyrinurie à plusieurs reprises du 20/6 au 3/7. Dosages : le 22 juin, 200 γ de porphyrine éthérosoluble et au moins autant non éthérosoluble ; le 2 juillet, moins de 50 γ (de Traverse).

Traitement du 20/6 au 3/7 : Nicotamide 40 centigrammes *per os* et 30 centigrammes sous-cutanés par jour. Amélioration nette d'une poussée ; mais apparition d'une deuxième poussée malgré le traitement ; malade sorti sur sa demande.

En résumé maladie de Günther apparue chez l'adulte.

Particularités d'un cas d'hidradénomes éruptifs, par MM. H. Jausion et F. Cailliau.

Marcel M..., ébéniste de 33 ans, n'a vu apparaître les toutes premières élevures de ses hidradénomes éruptifs, qu'il y a 13 ans, sous les espèces de quelques très rares éléments de l'échancrure manubriale. Les lésions ne se sont étendues et généralisées que durant le premier semestre de 1939, c'est-à-dire *bien tardivement, pour une affection que Darier tenait pour strictement congénitale*. Actuellement, le semis, abondant, de quelque 1.500 papules, couvre toute la face antérieure du thorax, l'abdomen, l'ensellure lombaire ; quelques saillies, plus rares et plus discrètes, s'élèvent sur les deux paupières inférieures.

Ainsi coexistent, chez notre sujet, les *deux localisations, généralement exclusives, de Darier et de Philippson*. L'histopathologie, formelle, montre qu'il s'agit bien d'*hidradénomes de Darier-Jacquet*, issus d'un bourgeonnement des glandes sudoripares avortées. Seuls, l'*appareil eccrine* est intéressé, et non les systèmes apocrines, selon la discrimination proposée par Montpellier et Lacaze, à propos d'un cas de syringo-cystadénome papillifère. *Début tardif, localisations multiples, surabondance éruptive*, caractérisent ces lésions, qui se signalent encore par leur *anormale curabilité*. En effet, partant de l'hypothèse très osée d'une possible origine virulente de ces tumeurs, nous avons soumis notre patient à une double cure hypodermique, tant par notre *glycérine glucosée*, dont on sait l'heureuse action sur un cas d'épidermo-dysplasie verruciforme, que par nos *lysats pancréatiniques de kératine humaine*. Quatre injections, de 3 centimètres cubes de chacune de ces deux préparations, nous ont permis d'obtenir un affaissement très marqué de la plupart des élevures. Depuis notre première note, nous avons découvert, dans les *Annales* de Merck, mention antérieure d'une kératine injectable, dont la technique d'obtention paraît, au reste, différer de la nôtre.

Forme intense et pyrétique de l'Erythème polymorphe, par MM. A. Sézary et J. L. Chapuis.

V... Denise, 24 ans, entre le 5 juillet. Elle allaite son enfant depuis 3 mois. Depuis 15 jours, fatigue, anorexie, rachialgie, état subfébrile. Il y a 5 jours, aggravation des signes généraux (frissons, fièvre à 39°, céphalée intense, arthralgies, vomissements) et apparition d'une éruption successivement à la face et au cou (nombreuses lésions), sur les avant-bras et le tiers inférieur des bras (partie post.-externe. 15 à 20 lésions) et enfin au pourtour des genoux (rares lésions avortées). L'élément est d'abord une tache rouge et tuméfiée qui en 24 heures se couvre d'un bouquet de vésicules absolument herpétiforme, mais ces vésicules ne confluent pas et ne s'ouvrent

pas : elles persistent sans modification, tandis que quelques nouvelles surviennent à leur pourtour. Muqueuses indemnes. Le 7 juillet, céphalée atroce, raideur de la nuque, léger Kernig : le liquide céphalo-rachidien est cependant normal. La ponction lombaire calme les troubles nerveux, l'état général s'améliore, mais la fièvre persiste encore entre 38 et 39. Le liquide des vésicules est filant, il contient de rares lymphocytes et est amicrobien. Formule sanguine normale. Pas d'adénopathie. Albuminurie et légère glycosurie.

Au début, l'aspect de chaque élément était celui d'un bouquet d'herpès : l'inoculation à la cornée du lapin, faite par M. Mollinedo, n'a pas donné de kératite. Il s'agit de la forme intense et pyrétique de l'érythème polymorphe (Lortat-Jacob, Gastinel) avec un type éruptif spécial, herpétiforme.

COMMUNICATIONS

Sur la valeur des données sérologiques chez les malades en cours de traitement (à propos du procès-verbal), par M. P. Gastinel.

La discussion de la dernière séance au sujet du traitement de la syphilis s'est terminée à mon avis en laissant subsister un certain malaise, et le fond du débat n'a pas été suffisamment abordé. Au fait, il s'agit de dire si en cours de traitement les réactions sérologiques autorisent à diriger celui-ci selon les règles définies. Avec beaucoup d'autres, je ne le crois pas, en m'appuyant sur des arguments que je voudrais rapidement évoquer.

Dans un ancien travail, fait avec M. Clément Simon, nous avions choisi 100 sujets, porteurs de chancres et les soumettant à un traitement standard par le 914, nous pratiquions chaque semaine une réaction de Bordet-Wassermann et une réaction de Hecht. Or dans un nombre de cas important, on peut observer, comme chacun le sait, une chute rapide des réactions, quelquefois même dès la 2e injection. Nul n'en tirerait donc une signification pour les directives thérapeutiques actuelles. Dans d'autres cas, nous avions remarqué un brusque crochet de négativité, les réactions redevenant ensuite positives ; il peut même se répéter, créant un aspect oscillant. Si Tzanck a vu des faits analogues, je sais que d'autres ne les ont point notés, mais les conditions d'expériences ne sont peut-être pas superposables.

Sur le plan expérimental, j'ai montré avec Demanche, Collart et Pulvenis l'effet des irritations organo-végétatives sur la floculation des sérums des lapins syphilitiques vis-à-vis de l'antigène de Meinicke. On fait ainsi tomber le seuil de la floculation normale et on rend négative temporairement une réaction positive. L'administration du 914 à des lapins neufs suffit à modifier l'état floculant de leur sérum, or on sait que ce médicament agit sur le système autonome. *Ainsi est posé le problème biologique des actions exercées par cet appareil sur les propriétés physico-chimiques d'un sérum.* N'ayant pas utilisé les réactions de floculation chez l'homme, je me garderai de généraliser nos conclusions qui ne valent que dans un cadre *limité*, mais j'estime qu'elles corroborent l'opinion générale qu'au cours des séries thérapeutiques, il ne faut interpréter qu'avec grande prudence les résultats des investigations humorales.

M. Demanche. — J'ai étudié, moi aussi, l'influence du traitement spécifique sur les réactions sérologiques. Les malades porteurs de chancres syphilitiques étaient traités par le novar et le bismuth : prises de sang deux fois par semaine ; réactions multiples (Hecht, Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke et Vernes). Je n'ai jamais observé d'irrégularités ni de sautes brusques dans la courbe sérologique. Quand toutes les réactions étaient négatives au début, elles le sont restées, sauf parfois une légère poussée de positivité vers le 8e jour. Quand elles étaient déjà positives, elles ont persisté pendant un temps plus ou moins long, la courbe s'établissant en plateau ; ce n'est qu'au bout d'un mois au plus tôt que les différentes réactions commencent à s'atténuer pour disparaître ensuite, les unes après les autres, presque toujours dans le même ordre : d'abord, et de beaucoup la première, la réaction

de Vernes, résultat qui confirme la faible sensibilité de cette méthode que j'ai déjà maintes fois signalée (1), puis le Bordet-Wassermann avec antigène simple, plus tard encore, le Hecht, le Bordet-Wassermann cholestériné, le Kahn standard, enfin le Meinicke et le Kahn présomptif. Il faut au moins 6 semaines, quelquefois plusieurs mois pour obtenir une négativation complète et durable. L'action négativante du traitement spécifique est donc certaine et elle s'exerce d'une façon régulière et progressive. Mais, comme le dit fort justement M. Gastinel, nous n'en connaissons pas le mécanisme et nous ne savons pas quel rapport exact elle a avec l'action curative. De plus, elle ne se manifeste qu'avec un certain retard, de sorte qu'il est très difficile de juger, en cours de traitement, de la valeur d'un médicament par l'examen de la courbe sérologique, le résultat favorable obtenu après un changement de médicament pouvant être dû, en réalité, à l'action tardive de celui qu'on aura abandonné et non pas à l'efficacité du nouveau produit.

Sarcoïde hypodermique ostéogénique, par MM. A. Sézary et M. Bolgert.

L... Espérance, 30 ans, consulte en septembre 1943 pour une nodosité hypodermique grosse comme une amande, siégeant à la partie moyenne et postéro-externe du bras gauche, datant de 6 mois et un peu douloureuse depuis 15 jours, mobile sur les plans profonds, un peu adhérente à l'épiderme. Il y a eu en 1942, au-dessus de l'olécrâne, une nodosité analogue qui a guéri en 2 mois. Depuis l'âge de 9 ans, la malade a eu plusieurs crises de rhumatisme articulaire, elle en souffre encore et a des déformations des mains. Biopsie (ablation totale) : le tissu cellulo-adipeux hypodermique est parsemé d'îlots arrondis ou irréguliers formés d'histiocytes (sans plasmocytes) avec quelques-uns à tendance épithélioïde et quelques cellules géantes plasmodiales. Vascularite marquée ; endothélium tuméfié, infiltrat périphérique. Cytolipophagie. De longues travées fibreuses plus souvent en nécrose hyaline parcourent la préparation, avec souvent sur leurs bords des îlots histiocytaires. Un mois et demi après la biopsie, issue, par la cicatrice d'une longue aiguille dure que l'examen chimique (Malangeau) a montré être du tissu osseux. Radiographie de l'humérus normale. Séro-réactions négatives. Discussion : rapports avec le rhumatisme, les nodosités juxta-articulaires et les nodules fibro-lipomateux de Merklen.

Connexions entre le lupus exanthématique et la dermato-myosite, par MM. A. Sézary, M. Le Sourd et J. Sénécal.

Depuis 1940 nous avons pu étudier une malade chez laquelle nous avons porté le diagnostic de lupus exanthématique subaigu (*Bulletins*, 1941, p. 145 et 521) et chez laquelle nous avons vu survenir un syndrome de polyneuro-myosite : elle conserve encore, après guérison, des lésions discrètes d'atrophie cutanée et des signe de myosite dans la région lombo-fessière. Récemment (séance de mai 1944), nous avons observé un cas analogue que nous avons étiqueté dermato-myosite. Cette diversité du diagnostic montre notre indécision quant au classement nosologique de ces cas. Même état fébrile ou subfébrile, symptômes cutanés (cliniques et histologiques) analogues, syndrome de myosite sensiblement identique. L'apparition tardive des signes musculaires suffit-elle pour distraire ces cas du lupus exanthématique et les considérer comme des dermato-myosites ? Ou bien, au contraire, la dermato-myosite n'est-elle pas une forme du lupus exanthématique ? Ou bien existe-t-il d'une part des lupus exanthématiques avec complications musculaires et d'autre part une dermato-myosite autochtone ? Voilà les questions que soulève la confrontation de nos deux observations. En faveur de la seconde hypothèse, il faut souligner l'existence de lupus exanthématiques avec d'autres complications : pulmonaires (*Bulletins*, 1943, p. 180), endocarditiques (Libmann et Sachs) et surtout glandulaires (Milian, Gougerot). Mais toute réponse précise paraît prématurée (voir thèse M. Le Sourd, Paris, 1944) dans l'ignorance où nous sommes des étiologies.

(1) *Société Française de Dermatologie*, 1er décembre 1923. *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1924. *Société Française de Sérologie*, 10 novembre 1932.

1.200 ponctions sous-occipitales, par M. A. Touraine.

Resté fidèle, depuis 1933, à la pratique de cette intervention, de préférence à la voie lombaire, j'arrive aujourd'hui à un total de 1.200 ponctions sous-occipitales, faites chez des sujets de 11 à 73 ans, dont 320 sous mes yeux par 57 de mes collaborateurs et 880 par moi. Cette série me permet de confirmer ce que je disais ici-même (11 janvier 1934, p. 125; 8 février 1934, p. 248; 13 janvier 1938, p. 83) sur la technique, la facilité, l'innocuité et les avantages de ce mode de prélèvement du liquide céphalo-rachidien.

Aux 15 échecs subis au cours de mes 525 premiers essais, jusqu'en 1938, je ne puis, l'expérience aidant, n'en ajouter que 4 pour les 675 suivants. Je n'ai encore eu aucun accident; les incidents ont été très rares (légère lipothymie émotive, céphalée modérée et passagère, sang dans les premiers centimètres cubes de liquide); seuls, des épileptiques ont fait une petite crise convulsive après la ponction.

La ponction sous-occipitale ne mérite donc en rien les reproches que d'exceptionnels accidents lui ont fait adresser. Elle demande seulement l'observance des quelques faciles règles de technique que j'ai exposées ailleurs (*Presse médicale*, 30 mai 1934, p. 883), ma préférence restant acquise à ma technique personnelle dite de « ponction haute à direction descendante ». Elle est, à mon avis, la méthode de choix pour le prélèvement du liquide céphalo-rachidien, en particulier chez les syphilitiques.

Pigmentation de type inédit, par M. A. Touraine.

Chez une femme de 42 ans, brune, sans passé notable, sans anomalie viscérale, en parfaite santé, début progressif, sans cause générale ni locale, depuis environ 4 ans de nappes de pigmentation, mal limitées, sur la partie supérieure du dos, les épaules, les régions pectorales. Intégrité des autres secteurs du tronc, des membres, de la face, des muqueuses.

Les nappes sont formées par le groupement de très nombreux éléments d'un demi à un millimètre de diamètre, légèrement déprimés, d'un brun très foncé presque noir, isolés les uns des autres par une peau de coloration normale ; sur les régions sus-épineuses, les points se réunissent en petites traînées de 8 à 10 millimètres qui donnent un aspect strié à la pigmentation.

Biopsie : léger amincissement de l'épiderme au niveau des taches ; forte surcharge pigmentaire de la couche basale, pas de pigment dans le chorion. Derme, follicules pileux et vaisseaux normaux.

Thélophyma, par MM. A. Touraine et J. Meunier.

Ce néologisme désigne un état non encore décrit de forte hypertrophie des glandes sébacées des mamelons dont la pointe devient exubérante en une sorte de gros bouton arrondi d'aspect identique à celui du rhinophyma.

Femme de 30 ans ; abcès froids cervicaux de 18 mois à 4 ans, puis bonne santé habituelle. Puberté à 16 ans. Début au mamelon gauche en 1939, vers le quatrième mois de l'unique grossesse ; augmentation progressive pendant un allaitement très abondant par les deux seins ; état stationnaire depuis le sevrage, à 9 mois. A droite, hypertrophie très modérée jusqu'il y a un an ; augmentation progressive depuis.

Aujourd'hui la racine des mamelons est presque normale sur 2-3 millimètres. Puis renflement en masse arrondie pédiculée, de 2 centimètres à gauche, de 15 millimètres à droite, de surface irrégulière, sans télangiectasies, à nombreux cryptes ou anfractuosités d'où l'expression fait sourdre de nombreux filaments sébacés d'odeur fade. Aucun symptôme fonctionnel. Hypertrophie légère des tubercules de Morgagni sur les aréoles. Glandes mammaires normales, un peu grosses. Pas d'autre anomalie, hormis de nombreuses lentigines sur tout le corps, une saillie de l'angle de Louis et une dépression coccygienne. Biopsie : énorme hyperplasie des glandes sébacées.

Projection de quelques clichés dermatologiques réalisés à l'hôpital franco-musulman par le docteur Nicolas, par M. Jausion.

Les belles diapositives en couleur que j'ai la bonne fortune de projeter sur l'écran de la société, ont été prises dans mon service par mon ami et collègue le docteur Nicolas, chef du service de médecine générale à l'Hôpital franco-musulman.

Il a utilisé, en lumière du jour, des pellicules de 30 millimètres, et le procédé de diapositives par inversion de deux coluleurs complémentaires. Il s'est servi d'un *objectif normal*, à 50 millimètres de longueur focale. Cet objectif a été muni de lentilles additionnelles variables, et d'un télémètre pour mise au point de près.

Comme vous en pouvez juger, les résultats sont excellents, et sont tout à l'honneur du remarquable technicien qu'est Nicolas.

Mélanose de Riehl et Pellagre, par MM. Dérot, Lafourcade et Canivet.

F..., 50 ans : apparition décembre 1943 d'un prurit suivi d'érythème sur cuisses, jambes, avant-bras puis visage et cou. En mars 1944 érythème atteint nuque, cou, menton, moitié inférieure des joues, ailes du nez région frontale gauche, respecte les oreilles ; sont atteintes de manière symétrique : mains, avant-bras, jambes et cuisses, légère infiltration dermique, desquamation fine, aspect de main de vieillard, pigmentation brune réticulée, menton et cou, asthénie, troubles digestifs discrets. Sang : H. 5.750.000 ; Leucogramme normal ; Ca : 98 ; Urée, 0,30 ; Cl. Pl. 3,05 ; Cl. Gl. I, 77 ; Protides, 97 gr. 30 ; Sérine, 46 gr. 40 ; Globuline, 30,80. Pas de porphyrinurie. Traitement : 40 centigrammes de Nicotamine *per os pro die* et 10 centigrammes sous-cutané tous les 2 jours. En 15 jours l'érythème disparaît mais persistance d'une pigmentation réticulée du menton et du cou. Récidive de l'érythème en juin 1944.

La mélanose peut être simple coïncidence ou plutôt symptôme de carence vitaminique ayant probablement un caractère irréversible.

Action des diurétiques mercuriels sur l'eczéma suintant, par MM. Dérot, Lafourcade et Canivet.

Six malades ont été soumis à ce traitement :

1° Eczéma aigu généralisé. Deux injections, arrêt complet du suintement. Guérison.
2° Eczéma suitant des membres inférieurs. Trois piqûres. Guérison.
3° Eczéma généralisé très suintant, récidivant, déjà traité par des méthodes diverses. Trois injections. Échec.
4° Eczéma aigu des membres inférieurs. Première poussée jugulée par extrait de rate et 2290 RP. Récidive 5 semaines plus tard : 2 injections, arrêt du suintement. Extrait de rate. Guérison.
5° Eczéma aigu généralisé très intense. Après échec des autres traitements on fait 2 injections. Échec.
6° Eczéma aigu récidivant des membres inférieurs. Deux piqûres. Échec.
Nous avons donc enregistré 3 guérisons et 3 échecs.

Dans les cas favorables le neptal produit une élévation nette de la diurèse, alors que lorsqu'il reste sans action la polyurie est peu marquée.

Mycosis fongoïde à tumeur d'emblée, par MM. M. Dérot, L. Lafourcade et Mme Boreau-Monghal.

H..., 63 ans. Diabétique et syphilitique ancien ; présente le 26 novembre 1941 une tumeur ulcérée de la grosseur d'un œuf ; guérison radiothérapique. Le 15 avril 1942 récidive hépatique. La radiothérapie totale amène régression de l'hépatomégalie mais la malade succombe le 8 juillet 1942 après quelques jours de délire.

Formule sanguine avant traitement : H., 5.160.000 ; Leucocytes, 11.700 ; P. N., 61 ; P. E., 4 ; M. M., 12 ; Lymphos, 4 ; Monocytes, 19. Après traitement le taux des leucocytes était de 5.400 dont 1 P. E.

La ponction sternale (16 juin 1942) faite au cours de la radiothérapie totale pour localisation hépatique, a donné : P. N., 40,5 ; P. B., 0,5 ; Lymphos., 4,5 ; M. M., 7,5 ; Monocytes, 7 ; Myélos, 20 ; Métamyélos, 12 ; Promyélos, 2,5 ; Érythroblastes, 3 ; Érythros basos, 4 ; Proérythros, 1. Rapport granulo/érythrobl. très élevé à 10.

L'examen en lumière de Wood de la tumeur ulcérée ne donna lieu à aucune fluorescence. D. histologique établi par le Dr Duperrat.

Myélogramme dans deux cas de mycosis fongoïde, par MM. Dérot, Lafourcade et Canivet.

Premier cas : H..., 68 ans. Érythrodermie mycosique et adénopathies. Biopsie (17 juin 1943) : infiltrats dermiques de type mycosique, surtout lymphocytaires (Duperrat). Sang : H., 3.900.000 ; L., 10.800 ; P. N., 44 o/o ; P. E., 1 ; Lymphos, 53 ; Monos, 2, Myélogramme, Hématoblastes, 3 ; Promyélos, 4 ; Myélos N, 14 ; Métamyélos N., 7 ; Métamyélos E. I., ; P. N., 29 ; P. E., 5 ; Érythroblastes, 22 ; Lymphos moyens monos, 15. Grosse amélioration par Rayons X.

Second cas : H..., 48 ans. Érythrodermie avec adénopathies. Biopsie : 15 juin 1944, infiltrat polymorphe à prédominance histiocytaire et lymphocytaire (Duperrat). Sang : (27 juin 1944) : H., 3.580.000 ; L., 5-100 ; P. N., 71 ; P. E., 5 ; L., 9 ; M. M., 4 : Monocytes, 11 Myélogramme (14 juin 1944) : Hémoblaste, 1 ; Promyélos, 1 ; Myélos N, 25 ; Myélos E., 2,3 ; Métamyélos N., 6,3 ; Métamyélos E., 0,6 ; P. N., 26,1 ; P. F., 1,3 ; Érythroblastes, 3,3 ; Normoblastes, 16,3 ; Lymphos et moyens monos, 12-6 ; Plasmocytes, 0,6 ; Monocytes, 2 ; Cellules monocytoïdes, 1,6 ; Rapport granuloérythroblastique, 3,1. Traitement en cours.

En résumé : 1er cas, myélogramme subnormal : légère augmentation petits et grands lymphos ; 2e cas, myélogramme normal. Ces deux cas s'ajoutent aux observations de Santoianni (1936), Tzanck, Laplie, Abrami, Gadrat, Gougerot. Aucune conclusion n'est pour le moment possible.

Traitement des verrues par une pommade à base de teinture de thuya, par M. Lucien Périn.

L'action de la teinture de thuya sur les verrues est connue depuis longtemps. Elle a été employée sous forme de badigeonnages, par injection directe à l'intérieur des lésions (Sicard), voire *per os*; les résultats se sont montrés inconstants et certains auteurs les attribuent autant à la suggestion qu'à l'action directe du produit.

Nous avons obtenu de bons résultats en utilisant ce produit sous forme de pommade. La formule à laquelle nous avons eu recours est la suivante : teinture de thuya 3 grammes, axonge ou vaseline 30 grammes. L'axonge est l'excipient de choix en raison de son pouvoir pénétrant, mais sa rareté depuis la guerre oblige à lui substituer momentanément la vaseline.

La technique est très simple. Après un bain local ou un pansement humide à l'eau bouillie tiède destiné à ramollir les téguments, on applique sur les verrues et leur pourtour une couche épaisse de pommade fraîche, maintenue jour et nuit sous un pansement sec et renouvelée aussi souvent qu'il le faut pour assurer son contact *permanent* avec les parties malades. Dans les cas favorables, la verrue se flétrit dans un délai moyen de 3 à 6 semaines et finit par disparaître, laisssant sous elle une surface lisse apparemment guérie. Il est prudent de continuer les applications pendant les 10 ou 15 jours suivants afin de consolider la guérison et d'éviter les récidives.

Nous avons traité ainsi des verrues de formes et de localisations diverses de préférence isolées, les formes généralisées se prêtant mal à ce traitement. Sur 60 malades traités régulièrement nous avons constaté 38 cas de guérison complète (63 o/o) et 18 cas d'échec (30 o/o) ; dans 4 cas il y a eu guérison momentanée suivie de récidive. Parmi les malades traités, 14 étaient porteurs de *verrues plantaires*, dont on sait la résistance habituelle aux traitements chimiothérapiques ; 8 ont guéri complètement (57 o/o), 4 n'ont pas été influencés par le traitement

(28 o/o), 1 a récidivé après guérison apparente ; dans un cas les lésions n'ont pas été modifiées mais les douleurs ont disparu.

La plupart des malades guéris avaient été traités sans résultat par d'autres méthodes, ce qui témoigne de l'action spécifique du produit et écarte, au moins dans une certaine mesure, le rôle de la suggestion.

Iléus zostérien, par MM. Duperrat et Gaulier.

Une femme de 25 ans se plaint le 3 mai de douleurs crurales droites en même temps qu'apparaît une petite adénite inguinale douloureuse. Le 8 mai des vésicules de zona se montrent dans le domaine du musculo-cutané interne (L_2, L_3, L_4). Cinq jours plus tard des douleurs abdominales avec nausées, arrêt des matières et des gaz, météorisme, font redouter une occlusion intestinale qui se complète et amène à pratiquer le 15 mai une laparotomie exploratrice médiane (Bastien). Celle-ci ne découvre aucun obstacle mécanique et montre seulement une dilatation notable du côlon et de certaines anses grêles. Guérison sans complications.

Un homme de 37 ans souffre le 25 avril de douleurs en écharpe allant de la crête iliaque droit au pubis. Le 28 avril s'installe un syndrome d'occlusion en même temps qu'apparaît un zona des 10e et 11e racines dorsales droites. Résolution spontanée en quelques jours.

Le terme d'iléus zostérien emploé pour la première fois par Chêne et Gisselbrecht en 1936 à propos de 3 cas analogues aux nôtres concerne des faits étudiés dès 1910 par Lœper, puis confirmés par Murinacci, Young, Muffey, Gays et Abrahamson. Il s'agit de phénomènes occlusifs survenant en général après l'éruption, plus rarement avant. Toujours ils sont précédés eux-mêmes par l'algie prézonateuse ; celle-ci pouvant précéder l'éruption de 15 à 20 jours, on conçoit combien le diagnostic peut être difficile. Le mécanisme de ces faits, surprenants au premier abord, s'explique parfaitement si on veut bien se souvenir des relations anatomiques qui unissent les racines rachidiennes aux plexus mésentériques et c'est à la thèse de l'extension au sympathique de la fluxion zostérienne des racines que se sont ralliés tous les auteurs.

Maux perforants plantaires et spina bifida occulta, par M. Duperrat.

La récente communication de MM. Touraine et de Gracienski nous a permis de déceler une *spina bifida occulta* de L_5 chez un jeune garçon de 15 ans qui présente depuis 7 mois plusieurs maux perforants plantaires.

T..., 15 ans, présente depuis le mois de décembre 1943 : au pied droit deux ulcérations du talon antérieur et une du talon postérieur, au pied gauche une ulcération du talon antérieur ; en outre il existe aux extrémités des 2e, 3e et 4e orteils droits des plaies atones avec mise à nu des dernières phalanges. Ces lésions, assez douloureuses, ont résisté à tous les traitements locaux. Elles ne s'accompagnent d'aucun trouble vasculaire ni d'aucun trouble nerveux : les réflexes, la sensibilité superficielle et profonde sont normaux. T. est un infantile : taille 1 m. 29, testicules de la grosseur d'un petit pois, absence complète de pilosité pubienne. Pas de malformation apparente si ce n'est un riche réseau veineux thoracique indépendant de toute anomalie du cœur et des gros vaisseaux médiastinaux. Par contre la radio du rachis montre une *spina bifida* de L_5.

Cinquième enfant d'une fratrie de sept, il est le seul à présenter de telles lésions. Père alcoolique. Pas de syphilis familiale. Bordet-Wassermann négatif. Le traitement intensif par le sulfar et par le mercure qu'il a subi depuis 7 mois n'a d'ailleurs amené aucune amélioration.

Les éruptions érythémato-pigmentées fixes paraissent dues à des médicaments possédant le groupement phényl, par M. Paul Lefèvre.

L'éruption bien particulière, décrite par Brocq en 1894, chez des sujets qui prenaient de l'antipyrine, paraît n'avoir été réalisée jusqu'ici que par un nombre assez limité de médicaments.

Le 12 février 1942 je rapportais à la Société avec Mlle Cabiale un cas dû au rubiazol. Peu avant, en novembre 1941, MM. Godal et Miqueu avaient communiqué un cas analogue après le dagénan. A propos du terme de dagénanides

employé par ces auteurs, je faisais remarquer que c'était vraisemblablement à une fonction commune à ces deux produits sulfamidés qu'était due l'éruption.

En revisant la liste, assez courte, des médicaments signalés comme ayant donné naissance à de pareilles éruptions, j'ai recherché s'il n'existait pas entre elles une parenté chimique.

J'ai retenu ainsi sept médicaments : antipyrine, atophan, acétylyarsan, noversénobenzol, phénol-phtaléine, dagénan et rubiazol. En lisant la formule chimique de ces substances j'ai été frappé par la présence dans bon nombre d'entre elles du mot phényl.

J'ai demandé à mon ami le professeur René Hazard s'il existait réellement une fonction chimique commune à ces produits. Il m'a répondu qu'il retrouvait dans tous le groupement phényl.

En résumé : ces sept substances possèdent en commun le groupement phényl C^6H^5, portant des fonctions variées qui les différencient les uns des autres.

Certes le groupement phényl est extrêmement répandu parmi les produits chimiques définis mais, sans parler de spécificité nette, on peut cependant attirer l'attention sur cette coïncidence frappante dans les divers produits signalés comme ayant causé des éruptions érthémato-pigmentées fixes.

Erythémie annulaire provoqué par le salicylate de soude, par M. André Bazex.

M... Alfred., âgé de 32 ans, ancien syphilitique correctement traité depuis plusieurs années, présente sur le pli de flexion des coudes et sur les flancs, des éléments érythémateux, se présentant sous forme d'anneaux de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, de 4 à 5 centimètres de diamètre, de coloration rouge vif, qui apparaissent en quelques heures, restent stables pendant 4 à 5 jours et disparaissent sans laisser de traces. Ils apparaissent au nombre de 5 à 6, chaque fois que le malade absorbe du salicylate de soude, même à faible dose, 5 à 7 jours après ; un traitement anti-syphilitique énergique n'a pas empêché l'érythème d'apparaître après l'absorption de salicylate.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui, après chaque absorption de salicylate de soude, présente une éruption annulaire, érythémateuse passagère ; c'est une complication exceptionnelle de médication salicylée.

Sclérœdème de Buschke. Régression nettement accélérée par le traitement iodé, par MM. J. Gadrat et A. Bazex (Toulouse).

Le syndrome décrit par Buschke en 1900 et intégré en 1937 par Touraine, Golé et Soulignac dans la « cellulite sclérodermiforme extensive bénigne » est rare. Voici un cas qui nous paraît répondre à sa description.

Homme de 24 ans. Début en juillet 1943 pendant le séjour du sujet à Vienne : raideur au niveau du cou, gêne de la mimique puis extension à la racine des membres supérieurs ; pas de phénomènes infectieux. Après biopsie le malade est réformé et rapatrié.

En février 1944 les lésions atteignent le cou, les parties latérales de la face et s'étendent en mantelet jusqu'à la base du thorax et aux membres supérieurs. Il s'agit d'une infiltration cutanée à consistance homogène, lardacée ne permettant ni le plissement ni la mobilisation de la peau, estompant les reliefs musculaires ; la pression ne provoque pas de godet d'œdème ; cette infiltration s'atténue insensiblement vers les parties saines Coloration rosée de la peau ; pas d'altération de l'épiderme ; pas de lésions des phanères. Pas de phénomènes fonctionnels en dehors d'une gêne légère de la motilité. Force musculaire partout intacte ; pas de troubles électriques. Pas d'anomalies viscérales. Glycémie, calcémie et phosphorémie normales ; métabolisme basal : 1,2 o/o. Biopsie : imbibition œdémateuse des faisceaux collagènes du derme et de l'hypoderme qui sont épaissis, gonflés, de colorabilité atténuée ; pas de lésions des fibres élastiques et argentaphiles ; pas d'infiltrat cellulaire ; vaisseaux normaux ; muscle sous-jacent normal.

Le traitement par injections tri-hebdomadaires d'huile iodée déclenche rapidement la régression. Au bout de trois mois (37 injections) la peau du thorax, du visage et des membres supérieurs est redevenue normale sans atrophie résiduelle. Il persiste uniquement une légère infiltration au niveau de la nuque.

L'un de nous avait déjà noté, en 1930, l'heureuse influence de l'iodure de potassium (*Annales de Dermatologie*, février 1930, p. 161). L'huile iodée a été ici plus efficace encore, comme dans un cas récent de poïkilodermato-myosite (*Société de Dermatologie*, 9 mars 1944).

Tuberculose éléphantiasique de la langue, par MM. J. Gadrat et P. Garric (Toulouse).

L'affection débute en janvier 1941 par une petite ulcération sur la face dorsale de la langue ; la lésion demeure stationnaire deux ans, sans atteinte générale. En novembre 1943 l'ulcération s'étend, la langue augmente de volume, le malade devient dysphonique, tousse et se met à cracher.

Premier examen le 10 décembre 1943 : faciès amaigri, pâle avec couperose du nez et des pommettes. La parole est gênée par le volume de la langue. Celle-ci est extériorisée avec difficulté : son volume est considérable ; elle est de couleur rouge violacé, lisse, en partie dépouillée. Face dorsale : ulcération de 1 centimètre de long sur 3 millimètres de large, profonde, à bords irréguliers à fond jaunâtre, indolente, ne saignant pas ; autour de cette lésion principale, plusieurs ulcérations minimes, circulaires avec grains jaunes. Face inférieure : multiples petites ulcérations superficielles et quelques nodules miliaires jaunâtres. Au palper, l'organe est dur, cartonné, donnant l'impression d'une sclérose profonde, homogène, régulière. Intégrité de la cavité buccale, du pharynx, des amygdales. Laryngite œdémateuse, sans lésions spécifiques. Adénopathies jugulaires. Antécédents asthmatiques et bronchitiques ; séjour de 30 ans au Tonkin ; pas de filariose. Signes cliniques de sclérose pulmonaire droite avec début de fonte parenchymateuse sous-claviculaire. Expectoration abondante, un peu fétide : pas de B. K. Cuti-réaction positive. Cliché : images de condensation para-hilaires droites, semis micro-nodulaire du champ droit avec images cavernulaires sous la clavicule.

Biopsie : infiltration mononucléaire et sclérose diffuse, profonde, avec quelques formations folliculaires. L'inoculation d'un fragment au cobaye provoque une tuberculose expérimentale type ; la culture donne un bacille très virulent.

Au bout de quelques jours : fièvre, hémoptysies, fétidité. Décès le 10 janvier 1944. Nécropsie : sclérose pulmonaire ancienne avec nombreuses cavernules et gangrène surajoutée.

Ce type de tuberculose est très rare au niveau de la langue; il rappelle l'éléphantiasis tuberculeux des membres. On en trouvera la description dans l'article du professeur Gougerot (*Revue de Stomatologie*, 1925, p. 585 et 637). Un cas analogue a été publié par MM. Milian et Mourrut (*Société de Dermatologie*, 10 novembre 1932, p. 1334). L'aspect éléphantiasique pourrait relever soit d'une sclérose bloquant les lymphatiques, soit d'une infection streptococcique surajoutée.

Mort subite au cours d'une syphilis arséno- et bismuthorésistante (Médiasténite syphilitique avec névrite des rameaux cardiaques; ulcère de jambe phagédénique), par MM. Nanta, Bazex et Pigassou.

Le traitement d'un vaste ulcère de jambe phagédénique, chez un homme encore jeune, par cure d'arsénobenzol (6 gr. 50) associé au bismuth (2 gr. 10) n'avait été suivi d'aucune amélioration. Au contraire, à une médiastinite syphilitique avec sclérose pulmonaire diffuse, s'était ajoutée la formation d'une vaste gomme de la base du cou plongeant dans l'espace rétro-cardiaque. Mort subite 1 mois après l'interruption du traitement. A l'autopsie intégrité de tous les viscères, y compris le cœur, mais névrite histologique par infiltration gommeuse du paquet vasculo-nerveux gauche du cou, englobant forcément les rameaux cardiaques.

ÉLECTION

M. E. Lafontaine (de Paris), présenté par MM. Touraine et Périn, est élu membre titulaire.

Le Secrétaire de séance,
Marcel Ducourtioux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE FILIALE LYONNAISE

SÉANCE DU 8 JUIN 1944

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE — HOPITAL DE L'ANTIQUAILLE

Président : Pr. Gaté.

De la gale squamo-croûteuse à la gale dite norvégienne. A propos de 4 cas, par MM. J. Gaté, P. Cuilleret, P. Bondet et A. Coudert.

Observations de formes allant de la gale norvégienne typique chez une enfant de 18 mois, à une gale purement squameuse chez une pensionnaire d'asile de vieillards.

Trois cas intermédiaires présentent un mélange de lésions crustacées et de lésions squameuses. Le lien qui les relie consiste dans l'absence de lésions classiques : sillons ou vésicules perlées, et dans l'uniformité de structure des squames et des croûtes, également parasitées en abondance par des acares à divers stades de développement évoluant sur place, en vase clos. Guérison facile par le traitement au benzoate de benzyle. Le terrain débilité semble jouer le rôle essentiel dans l'apparition de ces formes s'insérant au milieu d'une épidémie de gales banales.

Sarcoïdes ulcérées. Guérison par le traitement novarsénobenzolique, mercuriel et ioduré. Epistaxis et purpura novarsénobenzoliques, par MM. J. Gaté, R. Mayoux, Mme Roche et J. Feroldi.

Mme T... (fiche n° 20.256), âgée de 56 ans, diabétique ancienne, entre dans le service le 3 avril 1944, pour des plaques indurées intradermiques et des ulcérations au niveau des cuisses. Une biopsie montre qu'il s'agit de sarcoïdes. Examen général négatif ; sérologie syphilitique négative, cuti-réaction positive.

On traite le diabète par le régime et l'insuline et on institue un traitement mixte par novarsénobenzol, cyanure de Hg, sirop de Gibert et IK.

Rapidement on assiste à la régression des lésions, mais le 27 mai, la malade fait des accidents novarsénobenzoliques (purpura et épistaxis) nécessitant son hospitalisation dans le service d'oto-rhino-laryngologie. A son retour dans le service, on constate une anémie de 2.542.000 globules rouges, temps de saignement et coagulation augmentés, un signe du lacet négatif.

Lupus ulcéré avec adénites suppurées ayant simulé un néoplasme chez un ancien syphilitique à sérologie positive, par MM. J. Gaté, J. Bonnaymé et Bonnet-Eymard.

Sujet de 66 ans (fiche n° 20.591) ayant présenté à l'âge de 40 ans un chancre syphilitique. Dix ans plus tard, apparition d'une lésion cutanée intersourcilière, pour laquelle on pense à un épithélioma. Traitement radiothérapique, sans arrêt

de l'évolution. En raison des antécédents et d'une sérologie positive, on institue un traitement antisyphilitique des plus énergiques. Améliorations sans guérison véritable.

Actuellement, la lésion cutanée présente des lupomes très nets à la vitro-pression ; il existe des adénopathies sous-angulo-maxillaires bilatérales à caractères tuberculeux, persistance d'une sérologie très positive. La biopsie confirme qu'il s'agit d'un processus tuberculeux. Il s'est donc agi d'un lupus chez un syphilitique ancien, ayant stimulé un épithélioma au début de son évolution.

Un cas de « creeping disease », par MM. J. Gaté et J. Coudert.

Observation d'un homme de 26 ans, ayant présenté un trajet intradermique marqué par une traînée inflammatoire persistante. Le tracé en raquette part de la la tête du sourcil, remonte sur le front, redescend sur l'aile du nez, aboutit au bord de la narine où l'élimination s'est faite par un petit furoncle. La durée du trajet (18 mois) et son étroitesse rendent peu probable une larve du type hypoderme, peut-être type gasrtophile.

Actinomycose cutanée primitive, par MM. J. Gaté et J. Coudert.

Homme de 48 ans présentant depuis un an des placards inflammatoires chroniques multifistuleux du bras, de l'avant-bras et de la jambe. Pas d'envahissement profond ni de métastases. Diagnostic fait par la culture à partir d'une collection non encore fistulisée, d'un actinomyces du groupe des Majores thermophile, non acido-résistant. Traitement mixte ioduré 1 gramme et Fontamide 10 grammes *per os*. Intérêt de la sulfamidothérapie locale associée.

Érythème induré de Bazin, adénites cervicales et iritis, par MM. P. Cuilleret, J. Pellerat et Brouckère.

Homme de 32 ans, revenu de captivité en novembre 1942. Bonne santé habituelle. En janvier 1944, érythème induré de Bazin typique traité et guéri au Fontamide (10 gr. par jour pendant 10 jours). Percuti positive. Radioscopie pulmonaire : ganglions crétacés au hile gauche. En avril 1944, début d'un traitement au Stérogyl 15 *per os* et gluconate de Ca intraveineux, 3 semaines après apparition d'une volumineuse adénopathie cervicale et d'une irido-cyclite droite suivie de lésions analogues à l'œil gauche la semaine suivante. Le traitement combiné Stérogyl 15 + calcium est continué.

Simulation ou pathomimie, par M. P. Cuilleret.

Fonctionnaire de 48 ans, israélite, présentant depuis plus d'un an des lésions cutanées strictement localisées à la région dorsale du corps, allant des épaules à la partie inférieure des fesses, et s'arrêtant strictement sur les côtés, à la ligne axillaire. Il s'agit de longues balafres, les unes longitudinales, les autres transversales, en partie érythémateuses, la zone extrême de chaque lésion se terminant par une ulcération superficielle recouverte de croûtes. Pas d'adénopathie. Bon état général. Examen somatique entièrement négatif. Sérologie négative. Interrogatoire très difficile, le malade étant très réticent, expliquant l'apparition des lésions à la suite d'un vif prurit particulièrement intense le soir. Examen hématologique normal. Un simple traitement par vastes pansements fermés à la pâte de zinc entraîne très rapidement la cicatrisation des lésions, alors qu'aucune autre nouvelle plaie n'apparaît dans la suite. Le malade vu récemment est pratiquement guéri, d'autant plus qu'il a été sinistré dans le bombardement et que de son propre aveu, dans ces circonstances, il n'a pas eu le temps de s'occuper de son prurit vespéral.

Syphilides ulcéro-végétantes de la marge de l'anus, par M. P. Bondet (Travail de la Clinique dermatologique).

Malade de 41 ans présentant des lésions ulcéro-végétantes strictement localisées à l'anus, évoluant depuis six mois. Examen cutané et muqueux entièrement négatif. Pas d'adénopathie. Au point de vue général, laryngite datant d'un an. On pense à une tuberculose ulcéro-végétante devant le siège des lésions et devant l'existence de cette laryngite. L'examen clinique et radioscopique des poumons est négatif, l'examen laryngoscopique montre qu'il s'agit d'une laryngite banale. La biopsie permet d'éliminer à la fois le cancer et la tuberculose. Il s'agit d'une lésion syphilitique tertiaire atypique comme le montrent les résultats positifs de la sérologie. Le traitement spécifique amène rapidement la guérison.

Dermite érysipélatoïde mortelle chez un nourrisson, par M. P. Bondet (Travail de la Clinique dermatologique).

Enfant de 15 jours présentant un œdème dur et volumineux, occupant les membres inférieurs et la partie inférieure de l'abdomen. La température est élevée à 39°. Le traitement sulfamidé local et général amène en 48 heures la rétrocession des phénomènes généraux et des œdèmes. Le surlendemain, réapparition de nouveaux œdèmes aux membres inférieurs et des phénomènes généraux ; la mort se produit au bout de 3 jours. Il semble s'agir d'un érysipèle à répétition probablement par suite de l'interruption trop précoce du traitemenet sulfamidé.

Curieuse progression d'une aiguille déglutie 3 ans auparavant par MM. P. Cuilleret et J. Feroldi (Travail de la Clinique dermatologique)

Mlle F... Renée (fiche n° 20.547), sans aucun antécédent pathologique, entre dans le service le 6 mai 1944 pour une ulcération de l'avant-bras.

A l'examen, plaie anfractueuse, atone, à bords décollés, de la dimension d'une pièce de deux francs siégeant sur la face antérieure de l'avant-bras gauche. Pas d'adénopathie. Devant l'aspect de la lésion, on pratique une radiographie pour juger de l'état osseux sous-jacent : c'est alors que l'on découvre l'existence d'une aiguille que la malade dit avoir déglutie il y a trois ans. On pratique le 13 mai l'ablation de l'ulcération et de l'aiguille située dans un tendon. L'examen anatomique montre qu'il s'agit d'une inflammation subaiguë totale.

Curieuses manifestations respiratoires survenant à chaque ingestion d'antergan, chez un sujet atteint d'un prurit diffus eczématisé, remarquablement guéri par cette médication, par MM. P. J. Michel et A. Nesme.

Malade de 66 ans, sans antécédents particuliers, atteint d'un prurit généralisé, eczématisé et lichénifié, guéri en six jours par l'antergan. Au sixième jour, poussée fébrile à 38°5, dyspnée, toux sans expectoration, foyer de râles sous-crépitants à une base. Disparition immédiate de ces manifestations avec suppression de l'antergan. L'administration ultérieure du produit, à deux reprises, amena au bout de 24 heures (après ingestion de six dragées), le retour d'accidents identiques. Il est difficile de ne pas les interpréter comme des manifestations d'intolérance (œdème pulmonaire discret ?).

Erythème polymorphe. Adénopathie cervicale. Hyperallergie tuberculinique tertiaire, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Chez un homme de 20 ans, porteur d'une volumineuse adénopathie cervicale, apparition d'un érythème polymorphe papulo-vésiculeux de topographie atypique (tronc surtout). Radiographie : complexe primaire calcifié et gros ganglion médiastinal récent. Première cuti-réaction en phase éruptive : recrudescence de l'éruption en voie de disparition; apparition d'un élément d'érythème polymorphe en cocarde centré par la cuti; deuxième cuti-réaction après guérison des manifestations cutanées : apparition d'un élément d'érythème polymorphe en cocarde centré par la cuti, puis, deux jours après, la cuti devient phlycténulaire.

Erythrodermie infectieuse aiguë à rechute spontanément curable, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Le tableau a été celui de l'érythème scarlatiniforme récidivant. Chaque poussée s'est accompagnée d'une néphrite (albumine, cylindre, urée 0,48, acide urique 0,062) et deux d'entre elles ont été annoncées par une congestion hépatique sans ictère. Hémoculture négative. Échec des sulfamides.

Erythrodermie infectieuse aiguë à poussées successives mortelle, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Ici l'érythrodermie s'est accompagnée d'un gros foie, d'adénopathies cervicales discrètes et d'une néphrite azotémique mortelle (urée 2,50). Toutes les recherches bactériologiques ont été négatives. Échec des sulfamides et de l'abcès de fixation. Autopsie : néphrite aiguë à gros reins blancs.

Erythrodermie spontanée du psoriasis. Blanchiment par un composé antimonié, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Chez un sujet présentant un psoriasis chronique invétéré, apparaît, sans cause connue, une érythrodermie secondaire qui évolue vers la guérison en coïncidence avec un traitement par les aérosols à l'eau de La Roche-Posay. Le psoriasis reste sans changement, mais est entièrement blanchi par des injections intraveineuses d'un composé antimonié (Pentastib).

Psoriasis avec rhumatisme vertébral et ulcus duodénal. Intolérance aux sels de cuivre, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Chez ce malade le traitement cuprique a provoqué un véritable choc abdominal, se traduisant dans les heures qui suivent l'injection intraveineuse par des douleurs épigastriques du type ulcéreux ayant obligé d'interrompre le traitement. Ces crises douloureuses étaient exactement semblables à celles qui traduisaient l'évolution de l'ulcus duodénal dont était porteur le malade.

Un cas de maladie de Schamberg, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

L'affection typique, avec une légère atrophie au centre des éléments les plus anciens, évolue chez un homme alcoolique présentant des troubles de la crase sanguine (temps de saignement et de coagulation 20 minutes avec caillot irrétractile, résistance globulaire normale), semblant lié non à un syndrome cutané mais à l'éthylisme en apparence bien supporté.

Indication des infiltrations sympathiques lombaires dans les ulcères de jambe, par MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gallet.

Il ne s'agit là que d'une thérapeutique adjuvante mais non curatrice à utiliser d'une part dans les petits ulcères superficiels douloureux, d'autre part, dans ceux qui, volumineux, s'accompagnent d'une sclérose chronique du tissu cellulaire sous-cutané.

Traitement des ulcères de jambe par les plaques d'aluminium par MM. H. Thiers et Beurier.

Ici encore il ne s'agit que d'un traitement adjuvant légitimé par la pénurie actuelle en bandes élastiques et pâtes de bonne qualité. Application directe sur l'ulcère détergé d'une plaque d'aluminium pur (99,8 o/o) et mince 5/oo). Pansements une fois par semaine et séjour au lit. On obtient assez souvent une cicatrisation rapide et de bonne qualité.

Les aérosols aux sulfamides ou à l'eau de La Roche-Posay en dermatologie, par MM. H. Thiers et L. Vignon.

L'administration de sulfamides (solufontamide) ou d'eau de La Roche Posay sous forme d'aérosol peut donner des résultats remarquables, spécialement dans les érythrodermies médicamenteuses et dans les eczémas étendus, surtout s'ils sont infectés. L'intérêt est que l'on obtient un effet thérapeutique avec de très petites doses, l'inhalation d'un aérosol équivalent à une injection intra-artérielle du médicament.

Maladie de Win-Mitchell avec pigmentation cutanée, par MM. Paliard, H. Thiers et Béraud.

Une femme de 64 ans présente une maladie de Win-Mitchell évoluant depuis six ans avec des crises congestives siégeant d'une part aux mains et aux pieds, d'autre part sous la forme de placards symétriques des coudes et des cuisses et coïncidant avec une oblitération probable de la tibiale postérieure droite. Les zones cutanées, siège des crises de vaso-dilatation, présentent une pigmentation brune homogène qu'accentue chaque crise et dont la topographie segmentaire aux mains et aux pieds oriente vers une pathogénie sympathique.

Un cas de pemphigus oculaire et pharyngo-laryngé, par MM. Paufique, R. Mayoux et Mme Roche.

Le pemphigus chronique vrai se localise rarement aux muqueuses, et, de toutes les localisations, celle de la conjonctive oculaire est la plus exceptionnelle. Elle se voit, soit à la suite de pemphigus cutané, soit primitivement, pouvant demeurer exclusive, ou s'accompagner de lésions bucco-pharyngées. Nous vous rapportons l'observation d'un malade de 71 ans, M. Pav..., débilité, chez qui apparut en janvier 1942 la première manifestation de l'affection au niveau de l'œil, puis en février 1942, une éruption bulleuse à l'ombilic ; l'évolution du pemphigus oculaire se fit par poussées successives, aboutissant peu à peu à la perte complète de la vision à partir de septembre 1943 ; en décembre 1943, survint une nouvelle localisation aux muqueuses gingivale, jugale et palatine, avec envahissement du larynx. Toute cette évolution s'est poursuivie sans fièvre, sans troubres généraux. Le pronostic est très grave en raison de la localisation catastrophique à la conjonctive oculaire puisqu'elle aboutit fatalement, en l'absence de tout traitement efficace, à la cécité.

Syphilis tertiaire à localisations multiples : dermite osseuse, gastrique et oculaire, par MM. J. Rœderer et M. Bonjean (Travail de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de Strasbourg repliée à Clairvivre).

Les auteurs rapportent une très intéressante observation de syphilis tertiaire méconnue à localisations multiples, tant au niveau de la peau que du squelette, de l'estomac, du fond d'œil et, chose qui leur a semblé particulièrement intéressante, parce que peu signalée, au niveau des épididymes tout en respectant les testicules. Deux cicatrices du gland permettent de suspecter un reliquat possible d'accidents primitifs remontant à l'époque du service militaire ; si cette hypothèse n'était pas maintenue, il faudrait incriminer une syphilis héréditaire. Les frères et sœur du malade n'ont pu être examinés mais ses parents sont morts d'un cancer et les auteurs rappellent les rapports fréquents existant entre syphilis et cancer. Ils ne peuvent cependant trancher avec certitude le problème de l'origine de cette syphilis tertiaire chez un homme de 25 ans.

Le Secrétaire général :
P.-J. Michel.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY CONSACRÉE A LA DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE

SÉANCE DU 28 JUIN 1944

Présidence de M. le Professeur Watrin.

Blastomycose de Gilchrist, par MM. J. Watrin, Jeandidier, J. Michon et Seyot.

Malade de 83 ans, robuste cultivateur vosgien, indemne de tout antécédent pathologique sérieux, chez qui l'affection actuelle a débuté il y a 3 ans au niveau de la nuque par des pustules acnéiques, ostiofolliculaires, isolées, qui en se multipliant et se groupant, ont constitué des placards ulcéro-végétants de la nuque, puis du cou, des joues, des tempes, du thorax, de l'abdomen et des avant-bras, par inoculations successives, simulant à la face l'aspect de lupus ulcéreux et sur le tronc de pyodermite végétante ; mais l'évolution n'était ni celle du lupus, ni celle d'une pyodermite microbienne.

L'examen du pus et l'analyse histologique n'ont révélé aucun germe ou aucune structure spécifique : la culture du pus sur carotte et pomme de terre glycérinée a démontré l'existence d'un champignon du type *mycoderma hominis* de Vuillemin, de *schizo-saccharomyces hominis* de Benedick (1938).

Le diagnostic clinique de blastomycose est confirmé par la culture et aussi par l'intradermo-réaction à la blastomycosine, qui est fortement positive (échantillon fourni par M. Gougerot). Les pansements humides à la solution de Lugol, l'absorption d'iodo-septoplix et surtout les injections de blastomycosine (1/2 cm^3 deux fois par semaine) ont rapidement enrayé l'extension des lésions, détergé et asséché les placards végétants ; au niveau du cou et de la face, les cicatrices sont gaufrées, chéloïdiennes et rétractiles au point de gêner les mouvements du cou et d'avoir créé un ectropion des paupières.

L'état général du malade est demeuré excellent.

Acné phlegmoneuse de la fesse et du périnée, par MM. J. Watrin, A. Hamant, P. Florentin et Midon.

Présentation d'un malade de 47 ans, qui a fait pendant 18 ans des poussées incessantes d'acné vulgaire, et depuis 9 ans des abcès profonds de la région inguino-scrotale, du périnée et de la fesse, qui se sont fistulisés, et donnent lieu à des décollements profonds. La flore microbienne est très pauvre et surtout constituée par le microbacille de la séborrhée, intra ou extra-leucocytaire. L'intradermo-réaction aux vaccins antistaphylococciques et l'anatoxine de Ramon est négative. Le traitement interne (fontamide, anatoxine, iodoseptoplix) a peu agi ; on a dû recourir à l'*excision en masse* des tissus morbides pour tarir la suppuration et provoquer la cicatrisation des plaies.

Lupus vrai disséminé chez une fillette de 7 ans et demi, par MM. J. Watrin et Berger.

Présentation d'une fillette de 7 ans 1/2 qui, à la suite d'une rougeole, en mai 1942, a vu apparaître à la joue droite et au cou quatre éléments éruptifs de

teinte rouge sombre et de consistance molle, puis, ultérieurement, des éléments identiques, au creux poplité gauche, à la fesse gauche, à la cuisse, au genou et au mollet du même côté, à l'avant-bras droit et à la nuque, soit 14 en tout, d'autant plus petits qu'ils étaient plus récents.

Le diagnostic de lupus est évident ; la cuti-réaction à la tuberculine est positive. L'inoculation à la peau s'est faite par voie sanguine, à la faveur d'une diminution de la résistance de l'organisme, consécutive à la rougeole, chez une enfant déjà tuberculeuse.

Lichénification géante ano-scrotale, par M. J. Watrin.

Malade de 37 ans, qui présente depuis deux ans des placards de lichénification géante sur le scrotum et de chaque côté de l'orifice anal, qui en imposent, à première vue, pour des condylomes ou des lésions syphiloïdes ; mais leur lente évolution, leur sécheresse, le prurit, la négativité du Wassermann et surtout l'examen histologique ont permis d'identifier le diagnostic.

La radiothérapie a fait cesser le prurit et aplani les lésions.

Adénite cervicale tuberculeuse fistulisée et lichen scrofulosorum avec réaction de Wassermann positive, par MM. J. Watrin et Seyot.

L'intérêt de cette observation réside dans l'existence chez un malade de 45 ans d'un trisyndrome : 1° adénite cervicale tuberculeuse et scrofuloderme ; 2° *lichen scrofulosorum* d'apparition récente ; 3° réaction de Wassermann positive en dehors de toute syphilis acquise.

Il s'agit vraisemblablement d'un hybride, de scrofulate de vérole, et le traitement mixte, novarsénobenzol et antigène méthylique, a fait disparaître rapidement les papules lichéniennes, mais agi beaucoup moins sur l'adénite et le scrofuloderme.

Maladie de Duhring et néoplasme pulmonaire, par MM. J. Watrin, J. Girard et P. Jeandidier.

Les examens pratiqués dans le but de trouver la cause d'une maladie de Dühring-Brocq évoluant depuis six mois chez un vieillard de 76 ans font découvrir un néoplasme primitif du poumon droit. Il semble bien que ce cancer latent — probablement sous l'influence des toxines du foyer néoplasique — se soit traduit par une dermatite polymorphe douloureuse. Si cette dernière est une intolérance, on trouve ici un fait analogue à l'eczématose de Darier, dans laquelle la sensibilisation peut se faire à la faveur de troubles organiques graves ; mais plus simple paraît la théorie qui fait seulement intervenir des toxines — microbiennes ou non — agissant sur le système nerveux sensitif et vaso-moteur.

Énurésie chez une hérédosyphilitique guérie par un antispasmodique de synthèse, par J. Watrin.

Jeune fille de 18 ans, hérédo-syphilitique manifeste (dents d'Hutchinson, B.-W. positif) qui urine au lit depuis son enfance : le traitement spécifique (sulfarsénol, bismuth, arquéritol) est resté sans résultat.

La trasentine, administrée en suppositoires d'abord, en comprimés ensuite a diminué et fait cesser ensuite complètement les émissions nocturnes d'urine.

Un cas de sporotrichose de la jambe, par MM. J. Watrin et P. Jeandidier.

Une femme de 46 ans présente un grand placard arrondi de la jambe gauche qui, évoluant depuis un an, ressemble à une syphilide tuberculo-ulcéreuse par

son extension centrifuge à cicatrisation centrale, mais aussi à une lésion tuberculeuse par l'aspect violacé, ulcéreux et végétant de sa bordure et — à un moindre degré — à une pyodermite par sa suppuration. Ce polymorphisme fait penser à une sporotrichose, et, malgré l'échec des ensemencements, ce diagnostic est confirmé par l'absence de germes dans le pus, par l'aspect histologique de granulome et par la guérison au moyen du traitement iodo-ioduré.

Un cas d'érythème noueux après section de brides, symptomatique de bacillémie chez une tuberculeuse évolutive, par MM. P. Simonin, J. Girard, R. Bouvenet et Mlle Lienhard.

Présentation d'une jeune fille de 16 ans en traitement depuis 6 mois pour tuberculose ulcéro-cavitaire bilatérale avec poussée de polysérite.

Les auteurs soulignent le caractère exceptionnel de l'érythème noueux au cours de la tuberculose évolutive, son apparition après une section de brides, et développent les arguments qui permettent de conclure à son étiologie tuberculeuse, par septicémie à bacilles de Koch.

Mycosis fongoïde en placards eczémato-lichéniens, par MM. J. Watrin, P. Jacob et R. Masson.

Malade de 54 ans qui présente sous l'omoplate gauche et dans la région inguinale gauche, deux placards eczémato-lichéniens, rouge vif, suintants, prurigineux, dont la bordure festonnée et surélevée plaide en faveur de leur nature mycosique. Le diagnostic est du reste confirmé par l'histologie. La leucocytose est importante (30.000 globules blancs). Le traitement radiothérapique a fait pâlir l'éruption et disparaître le prurit.

Syphilis tertiaire à gommes multiples cutanées et musculaires, par J. Watrin, P. Jeandidier, J. Michon et L. Bussienne.

Présentation d'une malade de 67 ans, ouvrière agricole, éthylique, qui est atteinte de gommes multiples, cutanées et musculaires des deux bras et de l'avant-bras gauche (face antérieure et face postérieure). La syphilis remonte à 12 ans, n'a jamais été traitée et s'est manifestée depuis le début par des accidents de type tertiaire.

Syphilides à topographie tertiaire et à évolution spontanément résolutive, par J. Watrin, J. Michon et R. Masson.

L'intérêt de cette présentation réside dans l'apparition chez un malade de 72 ans, de syphilides d'aspect secondaire (papules planes, abondantes, peu infiltrées) revêtant en certaines régions une topographie tertiaire (le thorax et le bras gauche en particulier) (modalité circinée en arceaux conjugués). Certains éléments se sont effacés spontanément, sans aucun traitement. Les autres ont cédé à un traitement mixte, peu intensif, en raison de l'âge du malade. La syphilis était ignorée de celui-ci.

Méningite zostérienne prolongée, par M. P. Michon.

Deux jours après un zona thoracique discret, indolore, passé primitivement inaperçu, débute une céphalée très violente, rebelle, accompagnée de quelques troubles visuels, mais sans syndrome méningé clinique.

A la ponction lombaire, hypertension minime (27), hypercytose (152, dont 82 o/o de lymphocytes) et albuminose (0,66), avec élargissement du benjoin.

Après un soulagement momentané par première ponction, la reprise de céphalées et d'insomnie conduit à en pratiquer une deuxième, un mois après le début : il y a encore 20 lymphocytes et 0,42 d'albumine. Cette ponction amorce la guérison, cliniquement complète en un mois et demi. Aucun signe neurologique n'est apparu, hormis une légère élévation de tension rétinienne.

Lésions dermatologiques dues aux piqûres de la simulie ornée (Simulium ornatum), par MM. P. Michon et R. Lienhart.

Très répandu en nos régions, ce moucheron de quelques millimètres, hôte des lieux humides, est trop souvent méconnu parmi les insectes piqueurs. La femelle s'attaque à l'homme grâce aux stylets chitineux de sa bouche et lui inocule une salive toxique. Avec une précision et une rapidité étonnantes, elle choisit le trajet d'une veine superficielle. Finement purpurique, puis œdémateuse et longtemps prurigineuse, la lésion peut se compliquer de phlyctène, puis d'ulcère prolongé durant des mois, et s'accompagner de notable réaction lymphangitique, notamment sur les tissus plus ou moins dystrophiques des membres inférieurs chez la jeune femme.

Érythème noueux thiazolé. A propos d'un groupement de cas, par MM. V. de Lavergne, Helluy, Mme Herbeuval et Willig.

Pendant une certaine période de temps, tous les malades du service, soumis au traitement par le thiazomide, présentèrent un érythème noueux. A ce propos, les auteurs discutent de la pathogénie des érythèmes noueux thiazolés.

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1944, 4e TRIMESTRE, No D'ORDRE 87, MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, No 176. — 12-1944.

TRAVAUX ORIGINAUX

AVITAMINOSE C CUTANÉE. DERMATITE EXFOLIATRICE SÈCHE ÉVOLUANT SUIVANT LA VITAMINOTHÉRAPIE C

Par H. GOUGEROT
(Paris)

Histologie par B. DUPERRAT

Une telle obscurité étiologique et pathogénique règne encore dans le chapitre des dermatites exfoliatrices qu'il est utile de publier une observation, même isolée, lorsqu'elle apporte un fait précis : une dermatite exfoliatrice nettement influencée par la vitamine C (1) et les avitaminoses sont encore si mal connues, que cette malade paraît être le premier exemple de ce type.

En effet cette malade n° 135.184, a une dermatite exfoliatrice « sèche » généralisée dont la nature est restée cliniquement et histologiquement indéterminée et ressemble à une parakératose psoriasiforme (2).

Mais le point intéressant de cette dermatose est l'action évidente de la Vitamine C (2). En effet plusieurs traitements locaux et généraux étaient restés inefficaces. L'interrogatoire révélant un régime carencé en protides et l'épreuve de charge confirmant un déficit en vitamine C, on institue la vitaminothérapie C :

(1) Plusieurs auteurs, notamment I. Dainow ont signalé « la guérison rapide » d'érythrodermie arsenicale et aurique par la vitamine C (*Annales de Dermatologie et Syph.*, septembre 1935, n° 9, p. 830 et février 1939, n° 2, p. 139).

(2) A titre comparatif, il faut citer les bons résultats de la vitamine C dans le psoriasis, par exemple, ceux de Lutz, de Reise, de A. Welcker, etc.

A. WELCKER (d'Iena). Günstige Wirkung von Vitamin C bei Erythrodermia psoriatica und Atropathia psoriatica (Action favorable de la vitamine C dans l'érythrodermie et dans l'arthropathie du psoriasis (*Dermatologische Wochenschrift*, 27 juillet 1940, n° 30, vol. 3, pp. 639-643 (Bibliographie) publie deux courtes observations :
un cas d'érythrodermie psoriasique fébrile chez un homme de 51 ans ;
un cas de polyarthrite chez un psoriasique de 27 ans ;
et deux autres cas d'arthropathie psoriasique.

Le traitement par la vitamine C (300 milligrammes de « redoxon » I-V par jour pendant 3-6 jours) a produit une amélioration très rapide des symptômes subjectifs (analyse de Touraine *in Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, septembre-octobre 1941, n°s 9-10, p. 390).

Cette action heureuse de la vitamine C dans le psoriasis est d'autant plus intéressante à rapprocher de notre observation que nous avons montré depuis de longues années que, souvent, la parakératose est un *pré*psoriasis.

Publication périodique mensuelle.

Des doses moyennes de 300 milligrammes amènent une amélioration rapide et marquée en dix jours.

On cesse pendant 6 jours la vitamine C (en continuant la vitamine P.P.) la dermatite récidive aussitôt. On recommence la vitamine C à 300 milli-



Érythrodermie ou dermatite exfoliatrice généralisée sèche, grave, de cause inconnue, évoluant parallèlement à la vitaminothérapie C, guérissant par elle et laissant à la suite l'éruption discrète de parakératose psoriasiforme que représente cette photo (Musée de l'Hôpital Saint-Louis).

grammes, l'amélioration se dessine aussitôt assez rapide. On augmente la dose à 500 milligrammes : de manière évidente la régression des lésions s'accentue en rapidité et en intensité, amenant la guérison de la dermatite exfoliatrice, mais laissant encore quelques macules de parakératose.

C'est cette *courbe* des lésions par rapport à la vitaminothérapie C et à ses doses qui fait conclure à l'avitaminose C dans cette dermatose.

L'avenir a montré que l'arrêt du traitement par la vitamine C n'a pas provoqué une rechute de l'érythrodermie (nov. 1942).

— Mais que d'obscurités : Quelle est la nature de cette dermatite exfoliatrice ?

— Est-ce une parakératose généralisée ? Mais quelle serait la cause de cette parakératose ? Est-ce un pré-psoriasis (1) ? Mais il n'y a ni antécédent ni signe de psoriasis actuel.

— Est-ce une dermo-épidermite parasitaire ? Mais il n'y a aucun signe d'affection microbienne, aucun champignon.

— Est-ce une dermatose chronique, non avitaminique, mais associée à l'avitaminose, d'où l'action de la vitamine C ?.

— Est-ce une avitaminose « pure » ? Sans autres facteurs ? Ce serait alors une forme nouvelle du chapitre si nouveau et si intéressant des avitaminoses cutanées.

Il est important de collectionner ces observations d'attente.

*
* *

La malade n° 135.184, sténo-dactylo, âgée de 59 ans (2) a vu commencer le 22 décembre 1940, à la nuque, un érythème qui a rapidement envahi la face, le tronc et les membres. Cet érythème rouge intense s'accompagnait dès le début d'une réaction œdémateuse sous-jacente importante, de fièvre à 38°, 38°,5 et d'arthralgies ; fièvre et arthralgies ne durèrent que quelques jours, puis la température redevint normale et les articulations indolores....

Vers le 15 janvier 1941, l'érythème commence à diminuer mais la desquamation apparaît, d'abord à la face, puis au tronc, et sur les membres, et devient peu à peu intense.

A son entrée à Saint-Louis le 21 février 1941, on constate un érythème généralisé (sans intervalle de peau saine) rouge et légèrement bistré (comme dans le psoriasis), s'effaçant à la pression, uniforme (sans papule ni autre lésion surajoutée), sec (sans vésicules) et très squameux ; la desquamation est intense, se faisant par larges lambeaux, à la face (pommettes, front, racine des cheveux, pointe du nez), sur le tronc, aux quatre membres, avec prédominance nette aux membres inférieurs ; on recueille chaque matin dans son lit des poignées de squames.

On ne découvre aucune lésion « élémentaire » qui aiderait au diagnostic ; l'épreuve du grattage méthodique de Brocq ne décèle aucun signe spécial : pas de tache de bougie, pas de pellicule décollable, pas de rosée sanglante.

Les ongles sont déformés en spatule, et très épaissis, jaunâtres et opaques.

Les ganglions semblent normaux.

L'état général est altéré, mais l'examen viscéral est négatif ; pas de fièvre.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives, le 23 février 1941.

L'examen hématologique fait le 24 février 1941 donne les résultats suivants :

Globules rouges	3.920.000
» blancs	5.500
Polynucléaires neutrophiles	58 o/o
» éosinophiles	2 »
Lymphocytes	12 »
Moyens monocytes	28 »

(1) V. la note 2 de la page 233.

(2) La malade a été présentée à la Société de Dermatologie le 9 octobre 1941.

Première biopsie. — L'épiderme est recouvert de squames qui sont pour la plupart orthokératosiques. Il est le siège d'une très minime exosérose, avec exocytose à lymphocytes, on note l'aspect horizontal de la basale.

Le corps papillaire du derme est infiltré de nombreux histiocytes de topographie péripapillaire, sans éosinophiles.

Ce n'est l'aspect ni d'un psoriasis, ni d'un eczéma, ni d'une eczématide. Cette image histologique est celle d'une érythrodermie sèche très exfoliatrice.

Évolution et traitement

L'interrogatoire révèle qu'en 1935 la malade a eu un *eczéma aigu*, qui ne rappelle en rien la maladie actuelle (prurit, suintement) et qui a duré 6 semaines. Le diagnostic d'eczéma a été porté par notre collègue Touraine.

Fait très important, depuis cet eczéma, elle a suivi *un régime alimentaire sévère de restriction des matières azotées* : viande, œufs, poissons. Par contre : légumes frais, citrons, fruits frais étaient autorisés et consommés abondamment. Cette carence azotée est à retenir pour la pathogénie.

Depuis le 22 décembre 1940, jusqu'à l'entrée à Saint-Louis, le 21 février, la malade ne s'est guère traitée, à part quelques essais d'application d'une pommade ichtyolée, et elle n'a pas modifié son régime alimentaire antérieur.

Du 22 février au 25 mai 1941, de nombreux traitements sont mis en œuvre, traitements locaux par l'éosine à l'alcool à 2 o/o, vaseline salicylique, baume de Baissade, etc... ;

Du 16 mars au 24 mars 1941, extrait splénique qui est arrêté, car il semble déterminer une recrudescence de la desquamation.

Du 24 mars au 15 avril, 8 injections d'huile soufrée, faites dans l'hypothèse d'un psoriasis n'amènent aucune amélioration.

Du 21 avril au 29 mai, 12 injections intramusculaires d'Amphomuth (toujours dans l'hypothèse d'un psoriasis) ne donnent aucun résultat.

Devant l'échec de ces différentes tentatives, on envisage la possibilité d'une carence en vitamines. Le dosage par MM. Leroux et Malangeau des porphyrines urinaires donnent un résultat normal : 18 γ ; on abandonne l'idée d'une carence en vitamine PP et l'on fait une épreuve de charge en vitamine C du 12 au 18 juin 1941 qui révèle une carence indiscutable ; en effet, après absorption de 300 milligrammes, l'élimination urinaire n'est que de 70 dans les 24 premières heures, de 100 milligrammes le deuxième jour, et la saturation n'est obtenue qu'après 4 jours.

Étant donné cette carence, le traitement par la *vitamine C* (Laroscorbine Roche) est institué le 18 juin à la dose de 300 milligrammes par jour : très rapidement, le 29 juin, on constate une diminution de l'érythème ; de larges plaques blanches de peau tendant vers la normale apparaissent aux membres ; le 4 juillet la régression de l'érythrodermie s'accentue, et *la desquamation devient beaucoup moins importante.*

Du 9 au 21 juillet, on adjoint à la vitamine C une injection quotidienne d'un centigramme de vitamine B_1 qui sera sans action nette sur l'évolution.

Le 19 juillet, *on arrête le traitement par la vitamine C* et, *dès le lendemain, on observe une recrudescence de l'érythrodermie et de la desquamation.* Cette poussée surtout intense à la face, mais généralisée, atteint son maximum le 24 juillet, pendant toute cette période (21 au 24 juillet) un traitement *par la vitamine PP a été inefficace.* Aussi le 25 juillet on reprend le traitement avec 300 milligrammes de vitamine C par voie buccale.

Du 25 juillet au 6 août, la vitamine C amène une régression progressive très nette de l'érythrodermie et de la desquamation ; de larges zones de peau saine apparaissent à la face, sur le tronc et sur les membres, aux membres supérieurs en particulier ; il ne persiste plus que quelques îlots érythrodermiques ; les ongles repoussent sains et la limite entre l'ongle malade et l'ongle sain est très nette.

Le 13 août la dose de vitamine C est augmentée (500 milligrammes Vitascorbol) par voie parentérale : à la suite de cette augmentation de la vitaminothérapie, l'amélioration s'accentue nettement en intensité et en rapidité sur tout le corps et, dès le 18 août, il ne persiste plus que quelques petites macules érythémato-squameuses de 5 à 10 millimètres de diamètre, disséminées sur la peau saine ressemblant à une parakératose psoriasiforme (sans les signes de psoriasis au grattage méthodique).

Deuxième biopsie. — La deuxième biopsie faite le 25 juillet 1941 montre en effet : desquamation alternativement ortho- et parakératosique, hyperkératose avec assez nombreuses mitoses, mais sans prolongement exagéré des crêtes épidermiques. Il existe quelques nappes de spongiose et une exocytose mouchetée à mononucléaires. Œdème des papilles dermiques avec vaso-dilatation des capillaires et infiltrat lympho-histiocytaire, présence de quelques éosinophiles.

Ce n'est pas un psoriasis, ni une eczématide ; c'est à peu près le même aspect que sur la première biopsie : desquamation abondante, infiltrat histiocytaire du corps papillaire du derme, mais avec une modification importante : le retour de l'épiderme vers une épaisseur et une configuration normale, et l'apparition de polynucléaires éosinophiles au sein de l'infiltrat ?

Évolution. — Le 21 septembre l'état paraît stationnaire et fixé à ce que montre la photographie du 4 septembre 1941 (voir la figure) ;

La vitamine C a été continuée jusqu'au 21 septembre 1941 et suspendue depuis lors.

La peau est restée au même état c'est-à-dire presque normale sauf les macules de parakératose signalées ci-dessus et sans récidive de l'érythrodermie pendant cet arrêt de la vitamine.

Le 22 octobre on recommence une épreuve de charge : 300 milligrammes par jour de vitamine C (Laroscorbine).

Élimination urinaire :

80 milligrammes le 23 octobre 1941 ; 283 milligrammes le 24 octobre 1941 ; 300 milligrammes le 25 octobre 1941.

Donc la saturation est obtenue en à peine 48 heures, alors qu'il avait fallu plus de 5 jours au mois de juin pour obtenir le même résultat.

La malade revue en novembre 1942 restait guérie de son érythrodermie.

UN CAS D'ATROPHIE MACULEUSE A TENDANCE EXTENSIVE

ANÉTODERMIE URTICARIENNE TYPE PELLIZARI

HISTOLOGIE DE LA LÉSION ÉLÉMENTAIRE

Par

P. JOULIA,
Professeur de Clinique dermatologique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

P. LE COULANT,
Médecin dermato-vénéréologiste
des Hôpitaux de Bordeaux.

Malgré la contribution apportée à l'étude des atrophies cutanées lors de la Réunion de Dermatologie de Strasbourg du 26 mai 1929 et les quelques rares travaux parus depuis, la question des atrophies cutanées manque encore de clarté.

Si on est bien d'accord sur les formes nettement tranchées et qui sont d'une part les atrophies maculeuses circonscrites de Jadassohn et la maladie de Pick-Herxheimer, il existe cependant un certain nombre de cas d'atrophie à tendance extensive qu'il est parfois assez malaisé de classer.

La forme urticarienne des atrophies du type Jadassohn, débutant par un érythème ortié, a été décrite par Pellizari en 1884 ; elle semble peu fréquente en France. Le cas que nous publions paraît être la troisième observation française : Nanta (1), en 1919, en a commenté la première observation ; Touraine (2), la seconde, au cours d'une communication particulièrement importante à la Société française de Dermatologie en 1941.

Entre temps Gougerot et Burnier (3) ont étudié, dans deux cas d'acrodermatite de Pick-Herxheimer à forme nodulaire, des lésions dermiques et des

(1) NANTA. Sur une observation d'anétodermie ortiée avec mégalosplénie et polyglobulie. *A. F. D. S.*, 1919, p. 357.

(2) TOURAINE. Anétodermie urticarienne type Pellizari. Sa place parmi les atrophies cutanées maculeuses. *Soc. Franç. Dermat. Syph.*, séance du 9 octobre 1941, *B. S. F. D. S.*, 1941, p. 602.

(3) GOUGEROT et BURNIER. Les lésions élémentaires de l'acrodermatite de Pick-Herxheimer, nodule infiltré et infiltrats en nappes (deux cas d'acrodermatite chronique atrophiante de Pick-Herxheimer avec lésion nodulaire dermique débutante, lésion élémentaire). *Société de Dermat.*, 10 juillet 1930, n° 7, p. 7 ; *Arch. derm. syph. Clin. Hôp. Saint-Louis*, décembre 1930, n° 8, p. 630. Livre d'Or du Professeur SAMBERGER, 1931, p. 124.

infiltrats en nappes que ces auteurs ont considérés comme étant les éléments primitifs de cette affection.

Nous rapportons ici un cas d'atrophie maculeuse à tendance extensive dans lequel nous avons remarqué ces éléments primitifs qui rappellent au début l'érythème urticarien avec ses placards rosés ou rouges, saillants, pru-



Fig. 1.

rigineux auxquels font suite des nodules à surface lisse rose jaunâtre, isolés ou groupés en figures linéaires, arciformes ou annulaires rappelant parfois l'érythème polymorphe ou les nodules du granulome annulaire. Ces nodules grossissent, se transforment en véritables petites tumeurs, plus ou moins mollasses qui vont peu à peu s'affaisser et laisser sans ulcération préalable, une plage atrophique terminale définitive, en pelure d'oignon.

En raison de la rareté de ces faits il nous a paru intéressant de rapporter avec quelques détails l'observation clinique et les résultats des examens histologiques qui ont été pratiqués.

Observation

Aline D..., âgée de 19 ans, originaire des environs de Bordeaux, se présente le 22 juillet 1943 pour des lésions inesthétiques des membres, à tendances nettement extensives et s'accompagnant de prurit variable parfois intense.



Fig. 2.

La première manifestation de la dermatose remonte à l'âge de 9 ans. Le mode de début est difficile à préciser.

D'après l'histoire que raconte sa mère, il y aurait eu des papules apparues sans phénomènes généraux sur les membres supérieurs et le dos des mains vite transformées en pyodermites par le grattage. La poussée évolua pendant deux mois, laissant des cicatrices atrophiques violacées. Puis des éruptions nouvelles se produisent, sans pyodermites surajoutées.

A l'âge de 10 ans, pendant une rougeole toutes les lésions disparaissent pour plusieurs mois. Mais bientôt des poussées éruptives reparaissent. A cette époque, à l'hôpital, le diagnostic d'érythème polymorphe a été posé.

Phlegmon du cou il y a quelques années. Bien réglée. Angines fréquentes. Opérée d'amygdalectomie il y a un mois.

Le 22 juillet 1943, l'état de la malade était le suivant : les lésions portent sur la face postérieure des jambes, les cuisses et surtout les fesses, le dos des mains, la face postéro-externe des avant-bras, les coudes. Ces lésions sont polymorphes, en ce sens que voisinent et s'intriquent des accidents évolutifs et cicatriciels ; que même sur les cicatrices peuvent réapparaître des lésions nodulaires nouvelles.

La maladie évolue sans fièvre et débute par une éruption plus ou moins diffuse de nappes érythémateuses recouvertes de papules rosées rappelant les lésions ortiées. Elles apparaissent brusquement sans raison apparente, plus particulièrement, d'après la malade, pendant la saison froide, en s'accompagnant de brûlures ou de prurit parfois intense.

Les nodules deviennent plus saillants, gardant leur couleur rose, virent un peu



Fig. 3.

au jaune ou, avec une température basse, au rose violacé ; ils sont lisses au toucher, fermes au début et se groupent plus habituellement en éléments circinés ou festonnés parfois annulaires. Ils grossissent au point de devenir de petites tuméfactions du volume d'un noyau de cerise ou même d'un noyau de prune et persistent en se ramollissant peu à peu pendant plusieurs semaines. Ces nodules se flétrissent ; la peau se plisse finement à leur surface et ils s'affaissent progressivement pour disparaître très lentement en laissant à leur place une nappe plus ou moins étendue de peau atrophique, mince, rosée ou rose jaunâtre, ou même violacée souvent de teinte et d'aspect de pelure d'oignon. Ils évoluent donc sans déterminer de processus ulcéreux.

Les poussées se succèdent, survenant sans cause apparente, plus marquées en hiver semble-t-il ; les lésions deviennent alors plus violacées. Parfois apparaît au centre des nodules une ponctuation purpurique.

L'atrophie cicatricielle rappelle parfois par la limitation de certaines plaques, l'aspect de l'anétodermie, mais la fusion des éléments atrophiques transforme peu à peu les téguments de certaines régions, comme celle des mollets, de la face posté-

rieure des cuisses et des fesses par exemple, en une vaste cicatrice atrophique dont l'épiderme fin, facile à isoler du plan profond, laisse transparaître les vaisseaux de l'hypoderme. Il n'y a pas de hernie graisseuse.

On trouve ces lésions nodulaires sur le dos des mains et plus particulièrement sur les articulations métacarpophalangiennes ; ces tuméfactions mollasses sont un peu étalées. Même aspect des lésions du poignet, des coudes, mais, dans l'ensemble, le maximum des lésions aussi bien érythémateuses et ortiées que nodulaires et atrophiques siège sur les mollets, la face postérieure des cuisses et des fesses.

Sur le visage il existe de petits placards mal limités de la dimension de pièce de monnaie, sur les joues en particulier, où la peau est nettement atrophique, par-

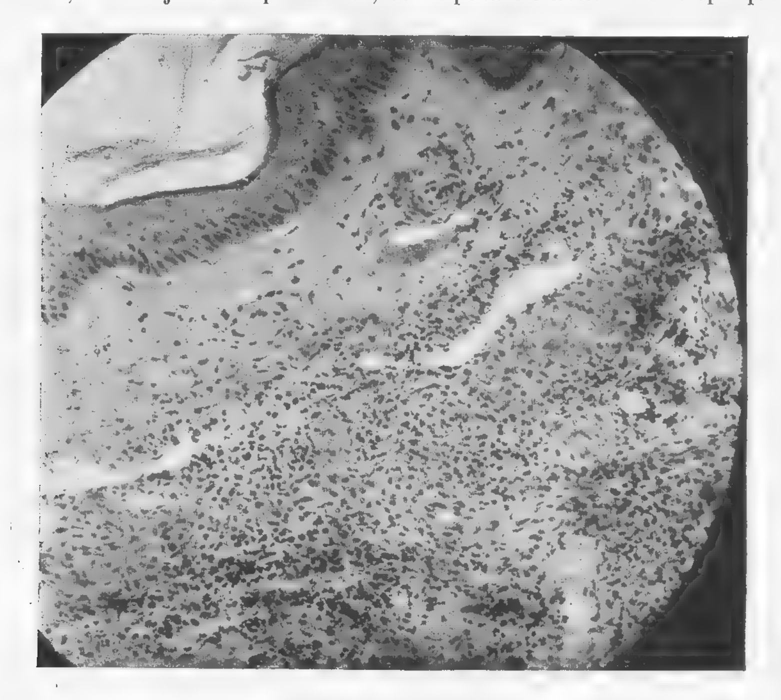


Fig. 4. — Stade érythémateux : la bande claire peu habitée d'éléments cellulaires est très nette. Gros infiltrat très dense du derme moyen.

semée de fines télangiectasies rappelant les lésions de la radiodermite mais avec une peau plus fine, plus souple.

L'enfant a maigri de 11 kilogrammes depuis mars 1943. Elle dort mal, tourmentée par le prurit. Elle est également très affectée moralement par cette maladie.

L'examen général n'a rien montré de saillant et en particulier pas de splénomégalie. Les examens de laboratoire ont donné :

Métabolisme basal : normal ; Bordet-Wassermann : négatif.

Sang :

Hémoglobine		95 o/o
Hématies		5.300.000
Leucocytes		7.600
Polynucléaires	neutrophiles	54 o/o
»	éosinophiles	4 »
»	basophiles	o »

Monocytes	11 »
Lymphocytes	30 »
Plasmocytes	1 »
Calcium total	0,110
» ionisé	0,041
Protéines totales	81,00
$\frac{\text{Sérum alb.}}{\text{Sérum glob.}} = \frac{52,80}{28,20}$	1,84

Urines. — Normales à part un léger excès d'indican. Sucre de diabète 0,15 par 24 heures.

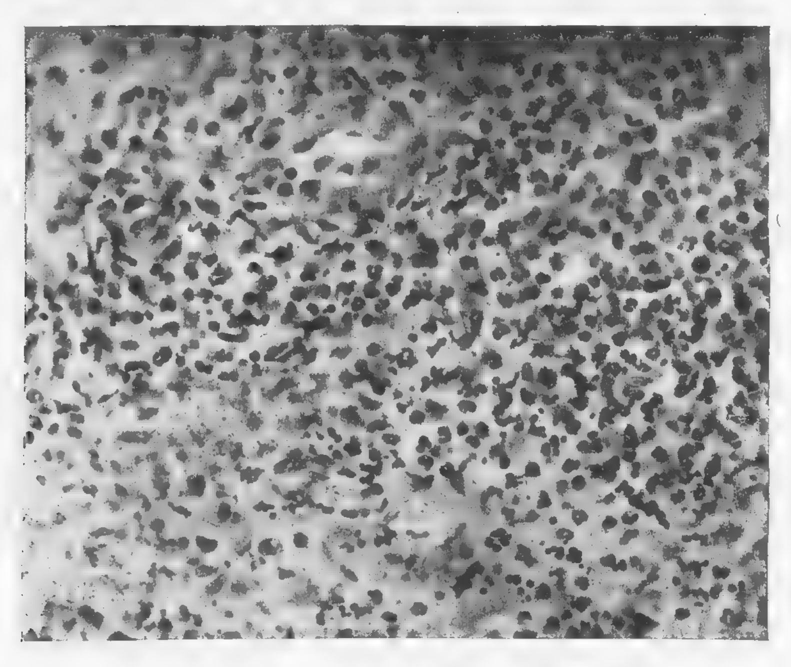


Fig. 5. — Infiltrat du derme moyen à plus fort grossissement : on y voit des polynucléaires en grand nombre.

Il a été pratiqué des radiographies des poumons, des os des mains et du crâne dans le service du Professeur Rechou, par le Docteur Caillon.

La radiographie pulmonaire a montré une accentuation de la trame des deux bases pulmonaires ainsi qu'un accrochage des deux coupoles diaphragmatiques à leur partie moyenne. Par ailleurs le sinus costodiaphragmatique gauche manque un peu de transparence. Rien d'anormal du côté du squelette des mains et du crâne.

Histologie

Les prélèvements ont porté sur :

1° Une plaque d'érythème urticarien ;

2° Un nodule de la fesse ;

3° Une plaque d'atrophie cicatricielle.

Sur ces coupes, il a été pratiqué des colorations à l'érythrosine orange, bleu de toluidine ; Van Gieson et orcéine acide.

I. — *Érythème urticarien.* — On note une légère hyperkératose ; la couche cornée est composée de lamelles feuilletées adhérentes à la granuleuse sans parakératose. Son épaisseur varie d'ailleurs avec les différentes parties de la coupe. Les papilles, irrégulières, existent néanmoins. Le derme sous-papillaire est peu infiltré, mais par contre le derme moyen et le derme profond sont le siège d'une infiltration massive de cellules qui forme une nappe continue dans le derme moyen alors qu'au contraire l'infiltrat est disséminé en îlots dans le derme profond, surtout autour des vaisseaux.

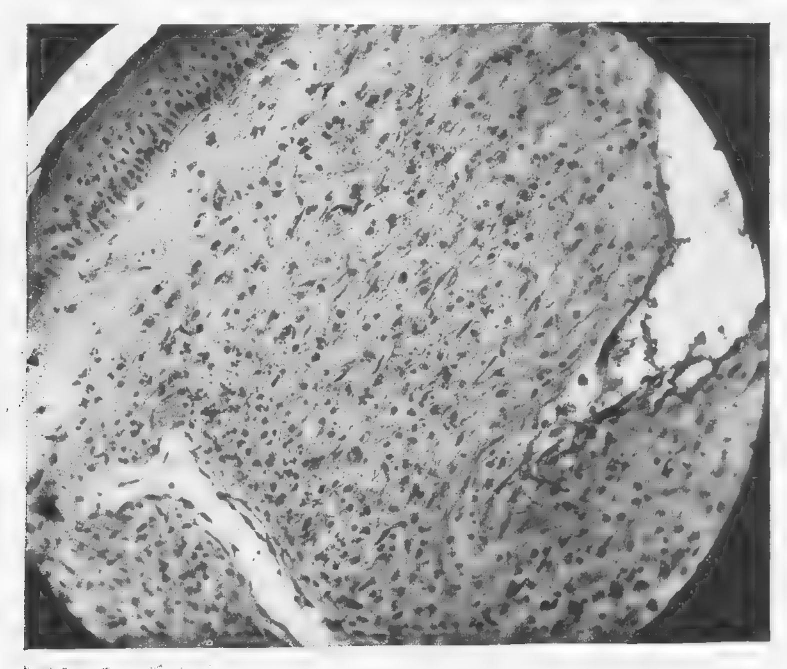


Fig. 6. — Stade tumoral, la bande claire du derme superficiel a disparu. Le derme moyen est composé d'une réticulose bien visible avec une poussière nucléaire. Grosse dilatation vasculaire.

a) *Épithélium.* — A part l'hyperkératose légère, on ne trouve que peu de lésions, la couche granuleuse est composée d'une seule couche de cellules. La couche de Malpighi est normale, peu épaisse, sans œdème.

La couche basale formée de cellules cubiques et allongées est nette sans modification notable.

b) *Derme.* — Dans son ensemble paraît œdémateux. Il se divise en deux régions : 1) une bande conjonctive sous-basilaire composée de gros faisceaux collagènes, épais, divisés par l'œdème et ne comportant que peu de cellules surtout composées de fibrocytes ; 2) dans le derme moyen, une infiltration cellulaire intense formant une bande épaisse tranchant par sa teinte foncée sur la bande claire conjonctive sous-basale. Dans cette partie du derme, le conjonctif est littéralement dissocié par des groupes de cellules parfois serrées, parfois plus étalées, composées surtout d'histiocytes à tendance épithélioïde, de très nombreux polynucléaires qui par leur pré-

sence peuvent faire penser à des abcès en formation, et quelques gros mono à noyaux polylobés. Le collagène tend à disparaître et est remplacé par un tissu plus grêle et délicat. Le tissu élastique a complètement disparu de la couche papillaire et du derme moyen ; par contre, il semble peu modifié dans le derme profond.

Les vaisseaux un peu dilatés ont conservé un endothélium normal.

II. — *Nodule.* — Sous un épiderme diminué d'épaisseur sans couche cornée appréciable, dans lequel on ne distingue plus de papilles, on trouve un amas cellulaire dense allant jusqu'au voisinage de l'hypoderme.

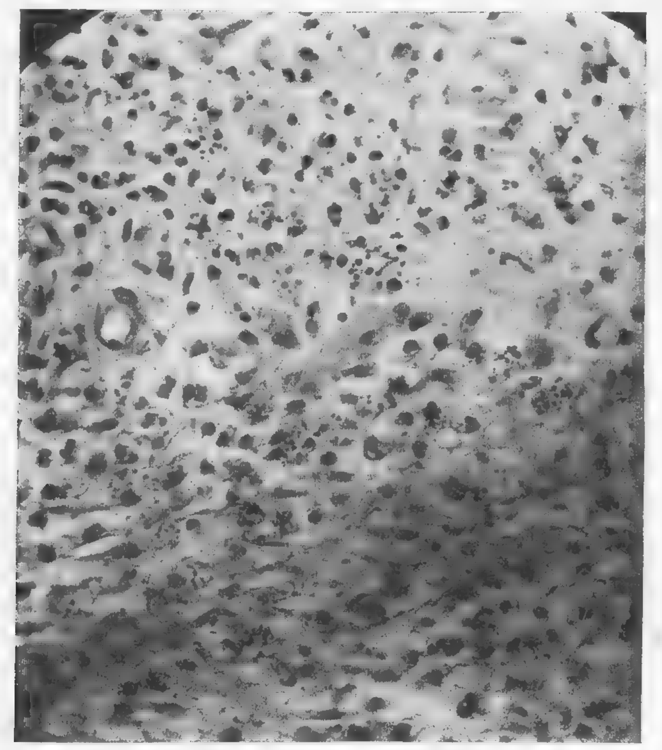


Fig. 7. — Même stade à plus fort grossissement. Le réticulum cellulaire et fibrillaire est bien visible, il est fin et délicat comme celui des ganglions.

De gros vaisseaux dilatés contenant de rares globules rouges et des polynucléaires, sont disposés perpendiculairement à l'épiderme, rappelant un peu les formations en chandeliers du granulome télangiectasique.

a) *Épiderme.* — La couche d'éléidine forme la limite de la préparation. La couche de Malpighi n'est le siège d'aucun œdème. Les filaments d'union sont bien visibles. La couche basale est formée de cellules allongées et repose sur une vitrée rectiligne. Il n'y a plus de papilles.

b) *Derme.* — La bande claire sous-épidermique dépourvue des cellules décrites sur les coupes d'érythème n'existe plus. Tout le derme est infiltré de cellules garnissant les mailles du conjonctif divisé par un œdème très important. On trouve moins

de polynucléaires, de mono; quelques éléments épithélioïdes mais surtout une poussière nucléaire témoin d'une destruction cellulaire importante. Les vaisseaux dilatés mais vides de sang, sans réaction endothéliale, ont la même disposition que précédemment. Le tissu élastique est complètement détruit.

III. — *Zone atrophique.* — Les coupes rappellent l'aspect de l'atrophie cicatricielle. Les lésions évoluent sans ulcération préalable, sans suppuration extérieure

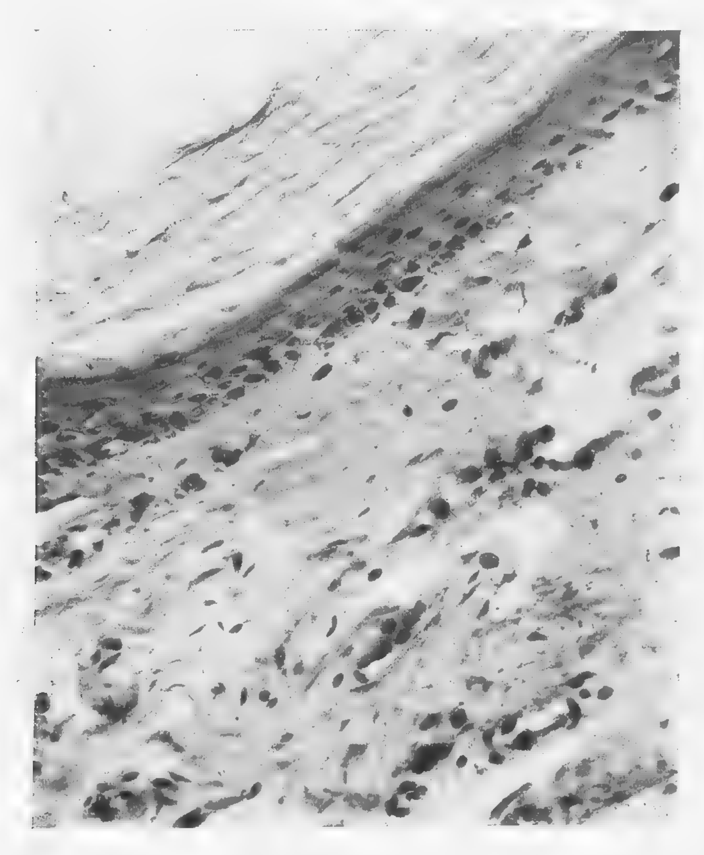


Fig. 8. — Stade atrophique : hyperkératose avec amincissement de la couche muqueuse, absence de papilles, disparition des cellules d'infiltration. Grosse prolifération du collagène qui réapparaît au stade d'atrophie cicatricielle

vers l'atrophie cicatricielle, malgré une hyperkératose feuilletée. sans parakératose; l'épiderme est très diminué d'épaisseur avec disparition des papilles. Le derme dans toute son épaisseur est composé de lames feuilletées de collagène qui reparaît à ce stade et prend intensément les couleurs basiques.

Par place, enserrés entre ces lames, des îlots de cellules rappelant celles des nodules semblent peu à peu étouffés par cette réaction conjonctive intense.

Infiltration de fibrocytes et d'histiocytes autour des glandes sébacées et des poils.

Le tissu élastique est complètement détruit.

L'intérêt de ce cas réside :

1° Dans ce fait qu'il s'agit d'une jeune fille de 19 ans dont les lésions ont débuté à l'âge de 9 ans.

Ce début dans la jeunesse est exceptionnel dans la maladie de Pick-Herxheimer bien que Pospelow ait signalé deux cas : un de 17 ans, un autre de 17 mois, et Nikulin (Oppenheim) un cas de 9 ans : mais il est plus fréquent dans l'anétodermie de Jadassohn.

2° Dans l'aspect des lésions cutanées qui rappelaient l'érythème polymorphe, fait déjà signalé par Fidanza (1) et la succession des éléments éruptifs :

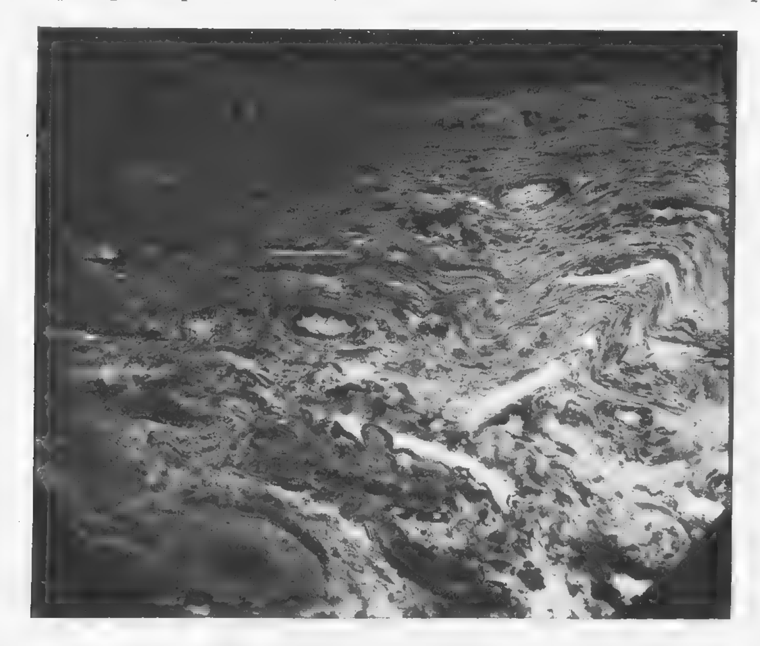


Fig. 9. — Le collagène est ici bien visible. Il a pris intensivement le bleu basique.

érythème ortié, nodules, enfin atrophie terminale : tableau de l'*orticata atrofizante* de Pellizzari.

3° Dans les lésions histologiques.

La bande claire collagène sous-papillaire est très nette. La bande d'infiltration cellulaire du derme moyen est également pathognomonique pour Pautrier et Diss des lésions habituelles de l'acrodermatite atrophiante de Pick-Herxheimer qu'on retrouve habituellement aussi dans son premier groupe des atrophies circonscrites coexistant avec le Pick-Herxheimer.

Mais alors qu'habituellement cette infiltration est uniquement composée d'histiocytes, de plasmocytes et de mastocytes, dans le cas que nous rapportons il s'agit d'une infiltration en masse de polynucléaires et d'histiocytes.

(1) *B. S. F. D. S.*, R. S., 20 mai 1929, p. 793.

Cette inflammation aiguë massive n'a été signalée que dans les cas d'anétodermie de Jadassohn (1) et alors même il ne s'agissait que d'une infiltration lymphocytaire, plasmocytaire et de mastocytes.

L'inflammation est ici plus aiguë encore, mais n'a jamais évolué vers l'abcédation ou l'ulcération. D'autre part on assiste à la disparition de cet infiltrat avec destruction des cellules, prolifération du collagène qui avait d'abord disparu et qui maintenant entoure peu à peu les îlots cellulaires restant.

Le tissu élastique est complètement détruit.

Nous n'avons pas trouvé les tumeurs fibreuses signalées à la période atrophique de la maladie de Pick-Herxheimer, non plus que les bandes scléreuses et les hernies graisseuses décrites par de nombreux auteurs. Nous n'avons pas constaté non plus d'infiltrats calcaires.

4° Enfin du point de vue étiologique, sans donner plus d'importance qu'il ne convient à un cas isolé il nous permet de signaler l'absence de troubles ovariens ou thyroïdiens, surrénaux ou hypophysaires, mais par contre de déceler histologiquement des lésions aiguës qui sont davantage en faveur d'une origine inflammatoire.

(1) Pautrier et Diss. Histologie de l'anétodermie de Jadassohn, R. S., 1929, p. 815

TUMEURS CUTANÉES ET SYSTÈME NERVEUX

Par F. CAILLIAU
(Paris)

I. — Si on a beaucoup étudié les différents mécanismes susceptibles de déterminer l'apparition des tumeurs, on s'est moins préoccupé de ce qui entretient la vie du néoplasme, de ce qui lui confère cette prodigieuse vitalité qui caractérise la cellule maligne.

Sous l'action d'un facteur exogène, le goudron par exemple, sous l'effet d'une cause exogène, d'un agent hormonal qui modifie la régulation du métabolisme, les cellules se multiplient et acquièrent des caractères envahissants et destructeurs un remarquable pouvoir de multiplication illimitée qui provoquent l'émigration, la dissémination dans les tissus divers de ces éléments déviés de leurs fonctions et de leur morphologie habituelles, et comparables à de véritables parasites.

Mais pourquoi ces cellules parasites nées de tels ou tels facteurs résistent-elles si énergiquement aux réactions défensives que l'organisme met en jeu pour s'en dessaisir.

Quels sont les facteurs qui conditionnent le maintien, la survivance de cette vitalité excessive ?

Ces facteurs sont sans doute multiples, et celui que l'on peut envisager de prime abord, est un mode de nutrition spécial, un trophisme particulier capable d'assurer à la cellule son activité vitale.

Dans des travaux antérieurs, nous avons, avec Durante, opposé la circulation nourricière des tissus, à la circulation fonctionnelle et envisagé le cancer comme le résultat de la perte d'un équilibre bien assuré à l'état normal entre ces deux circulations, équilibre troublé au profit de la circulation nourricière. Mais ce trophisme vasculaire insolite ne constitue qu'un facteur insuffisant. Son rôle est indirect, il n'intervient que sous la commande nerveuse. Indépendamment de ce pouvoir trophique indirect, le système nerveux joue un rôle trophique direct démontré expérimentalement.

Il existe, en effet, un système nerveux spécial dans le tissu cancéreux et ce système comporte des rapports étroits avec l'évolution des tumeurs ; suscité par la tumeur il apparaît comme le néo-stroma.

Le cancer expérimental nous a démontré la réalité des facteurs exogènes et endogènes, le rôle des hormones, le fait que l'organisme est capable

d'élaborer dans ses tissus des éléments cancérigènes ; il nous a montré l'importance du terrain. Le rôle de ces agents est indiscutable.

Aussi bien ne voulons-nous pas démontrer que c'est le système nerveux qui est l'agent provocateur du cancer ; mais il conditionne la vie des cellules cancéreuses, il ne crée pas le cancer mais celui-ci ne peut vivre sans lui.

Nos recherches ont porté sur la plupart des cancers épithéliaux ou conjonctifs. Mais nous avons surtout étudié les cancers cutanés, muqueux, mammaires et utérins, chez l'animal et chez l'homme.

II. — *Les nerfs des tissus cutanés cancérisés.* — L'examen des tumeurs cutanées révèle, par les techniques neurologiques les plus précises (Bielchowsky-Maresch, Cajal, Leidlaw, Masson), l'existence de fibres, de troncs nerveux, et de cellules nerveuses dans le tissu conjonctif de soutien, entre les travées malignes et dans l'épaisseur des parois vasculaires.

Les fibres nerveuses du tissu néoplasique ne sont pas fréquemment groupées en faisceaux, mais réparties le plus souvent en éléments isolés d'identification parfois délicate.

Fibres et cellules nerveuses sont distribuées suivant deux systèmes : 1° les nerfs des parois vasculaires (intra-muraux) ; 2° les nerfs extra-vasculaires qui rampent dans le tissu conjonctif de soutien.

Le système nerveux des tumeurs a fait l'objet de divers travaux parus dans le *Bull. de l'Association française pour l'Étude du Cancer* (Itchigava et ses collaborateurs, février 1924 à novembre 1928 ; Guldberg, janvier 1934).

Toutefois, ces auteurs n'ont pas envisagé les éléments nerveux inclus dans l'épaisseur des parois vasculaires.

A. — Le *système nerveux des parois vasculaires* dans les tumeurs cutanées malignes diffère de l'appareil rencontré dans les vaisseaux ordinaires, que nous avons décrit avec Weissenbach et Lévy-Franckel (Réunion dermatologique de Strasbourg, juillet 1935). Les fibres nerveuses y sont souvent isolées, non groupées en faisceaux, plus indifférenciées ; la myéline, et même le cylindraxe manquent parfois.

1° Dans la média des artères et dans les artérioles, très muscularisées, on distingue des expansions schwanniennes rubanées, longues, gainées de collagène (Mallory-Masson). Ces rubans sont amyéliniques le plus souvent, d'autres rubans analogues sont groupés fréquemment en assises sous-endothéliales. Ces éléments sont pourvus ou dépourvus de cylindraxes, anucléés ou pourvus de noyaux axiaux.

2° Dans certaines artérioles peu muscularisées, on observe des rubans schwanniens, et des cellules nerveuses isolées, très polymorphes, polygonales, arrondies ou fusiformes, assez différenciées, gainées de liséré collagène.

3° Dans les artérioles non muscularisées et dans certains capillaires, sous l'endothélium existent des différenciations syncytiales d'apparence schwannienne.

4° On peut plus rarement, dans certaines artères, en particulier sur les vaisseaux des tumeurs utérines, observer l'aspect du glomus, autour des lumières vasculaires. Ce sont des manchons de cellules polygonales, fusiformes ou rubanées, engainées d'un liséré collagène et émettant des expansions fibrillaires.

On rencontre enfin dans l'épaisseur des parois vasculaires, sous l'endothélium ou dans l'adventice, des cellules nerveuses assez volumineuses, arrondies ou polygonales, d'apparence ganglionnaire, isolées ou groupées en corpuscules nerveux, entourées d'un liséré bleu au Mallory-Masson.

B. — Le *système nerveux extra-vasculaire* appartient au tissu conjonctif envahi par la tumeur.

Les techniques paraissent démontrer que ces nerfs proviennent de nerfs préexistants qui ont, au cours du processus, des destinées diverses : les uns touchés par l'extension des travées malignes, sont détruits ; d'autres échappent à la destruction et restent groupés en faisceaux. D'autres enfin, résultent de régénérations se faisant aux dépens de moignons nerveux des nerfs préexistants partiellement lysés.

Ces éléments de régénération constituent le système nerveux extra-vasculaire propre à la tumeur. Ils sont nombreux, rarement groupés en faisceaux ; ce sont des fibres nerveuses isolées.

Nos examens nous ont montré trois variétés d'éléments nerveux : des cellules de nature schwannienne, des cellules nerveuses d'apparence ganglionnaire et des expansions rubanées émanant de ces deux types cellulaires.

1° Les cellules schwanniennes sont polymorphes, arrondies, fusiformes ou étoilées, à cytoplasme clair et acidophile, à noyau tantôt hyperchromatique, anguleux, crénelé, avec réseau chromatinien condensé (différent du noyau du fibrocyte ou du myocyte) ; tantôt, ce noyau est peu chromophile avec nucléole distinct, entouré de quelques granulations.

Le cytoplasme est serti d'une gaine ou cuticule d'apparence collagène très mince, analogue à la vitrée de l'épiderme et des glandes et de mêmes affinités chromatiques au Mallory-Masson.

2° Les cellules nerveuses ont l'aspect des neurones ganglionnaires ou de cellules de Merkel-Ranvier, et sont gainées de collagène.

3° Les expansions schwanniennes ou neuronales ont l'aspect de rubans, émanées des éléments cellulaires ; elles sont isolées ou groupées ; leur cytoplasme est clair, peu chromophile, il conserve parfois des connexions avec la cellule qui l'a élaboré et comporte la même sertissure collagène.

Souvent ces rubans possèdent des noyaux axiaux, répartis en file dans un cytoplasme indivis ; parfois ils sont anucléés ; les uns possèdent un cylindraxe et d'autres en sont dépourvus.

Ils sont identiques à la fibre nerveuse embryonnaire (aspect plasmodial) et n'offrent ni les étranglements de Ranvier ni les incisures de Schmidt et Lantermann.

Le protoplasme qui est différencié dans les cellules reste indifférencié dans les expansions qui sont de jeunes fibres néoformées.

Rubans et cellules sont disséminés autour des cellules néoplasiques et l'imprégnation montre leur pénétration dans les travées malignes.

Le système périvasculaire comporte aussi des corpuscules nerveux dus à la confluence des éléments cellulaires ci-dessus décrits.

A noter que ces cellules et rubans sont toujours gainés de collagène comme les cellules de Ranvier-Merkel.

III. — Nous avons recherché l'*origine* de ce double appareil d'innervation. Il est plausible d'admettre que le système nerveux des parois vasculaires est dû au bourgeonnement des nerfs des vaisseaux préexistants lorsque la néoformation se vascularise. L'appareil nerveux extra-vasculaire pourrait résulter lui aussi du bourgeonnement des reliquats ou moignons de nerfs préexistants détruits en partie par l'extension du néoplasme, bourgeonnement traduisant la régénération nerveuse.

Cependant sur nos préparations, nous avons plutôt observé le processus suivant : le nerf préexistant altéré entraîne une régression partielle du segment interannulaire ; la division longitudinale du noyau de Schwann libère par places une cellule jeune qui s'individualise, se détache latéralement par une sorte d'exfoliation et gagne le mésoderme, réalisant, par division nucléaire, ces éléments nerveux indifférenciés et rubanés qui représentent l'aspect le plus souvent observé dans nos recherches.

Cette exfoliation aux dépens des faisceaux nerveux préexistants est comparable à ce qui se passe dans la genèse du nerf chez l'embryon où l'on voit le neuroblaste émigrant dans le mésoderme hors des centres nerveux.

Pareil processus a été admis pour la genèse des appareils nerveux de la ligne latérale des Poissons ; il est conforme aux recherches de Durante sur le développement embryonnaire des fibres nerveuses et sur le processus de régénération, recherches qui confirment les travaux de His.

Pour ces auteurs, en effet, le premier rudiment des nerfs périphériques apparaît non pas sous la forme de cylindraxes nus, mais de cellules nucléées dont le protoplasme se différencie plus ou moins tôt en neurites conducteurs, cellules qui se fusionnent secondairement en bandes ou rubans protoplasmiques à noyaux axiaux.

C'est cet aspect que nous avons le plus fréquemment observé sur nos préparations dans nos recherches sur les cancers cutanés et muqueux.

IV. — *Rapports entre le développement des tumeurs et leur système nerveux.* — I. — La vitalité excessive de la cellule maligne exige un trophisme spécial qu'assurent deux facteurs évoluant parallèlement, les néoformations vasculaires (circulation nourricière) et les néoformations nerveuses assurant un rôle trophique direct. Le facteur nerveux est prédominant et commande la circulation. L'accroissement des tumeurs ou leur régression sont en rapport avec l'importance ou la déficience des éléments nerveux.

II. — Dans les tumeurs animales, par carbures cancérigènes, chez le lapin, les néoformations nerveuses sont accrues avant la cancérisation, si on active celle-ci par des produits endocriniens.

Il en va de même pour les tumeurs expérimentales obtenues chez le rat par greffes (tumeurs d'Oberling-Guérin, de Flexner-Jobling) que l'on active par les extraits tissulaires (foie), préparés suivant la méthode de Maisin-Pourbaix. Inversement, les éléments nerveux se raréfient avant la réduction de la tumeur par l'emploi des extraits inhibants (tissu cérébral).

Par neurectomie du nerf mixte innervant l'oreille du lapin cancérisée par un carbure, on provoque, comme l'a fait Itchigawa, la régression de la tumeur qui réapparaît avec la régénération nerveuse.

III. — Dans les tumeurs humaines, le tissu cancérisé comporte une innervation plus riche que le tissu homologue normal.

Les tumeurs les plus malignes sont les plus richement innervées (nævo-carcinome). Les petits cancers cutanés traités par électro-coagulation ou électrolyse, guérissent si tous les nerfs sont détruits, et récidivent dans le cas contraire.

L'angiome récidive après exérèse incomplète et ne récupère que ses dimensions initiales. Si, comme l'ont fait Dreyfus et Aboulker, on cultive le tissu angiomateux (méthode de Fischer) et que l'on sacrifie, coupe et colore les cultures, la structure angiomateuse disparaît dans les fragments où les fibres nerveuses sont dégénérées et persiste où elles sont intactes.

IV. — *En résumé*, des neuro-capillarites proliférantes et des néoformations nerveuses accompagnent l'évolution des tumeurs : des angioformations naissent des endothéliums préexistants, et les néoformations nerveuses édifient deux systèmes nerveux (vasculaire et périvasculaire) qui sont autonomes (par leurs ganglions) et pourvus d'un double pouvoir trophique, direct et indirect.

Des rapports étroits existent donc entre le développement des tumeurs et leur système nerveux.

LA DERMATOMYOSITE

Par André FRANÇOIS
(Paris)

Affection d'étiologie inconnue, la dermatomyosite revêt une allure tantôt aiguë, tantôt subaiguë ou chronique.

Elle se manifeste cliniquement par des lésions cutanées et des troubles musculaires.

On en a discuté les rapports avec la poïkilodermatomyosite et la poïkilodermie atrophiante vasculaire, décrites par Petges et Clejat d'une part et par Jacobi d'autre part.

Historique

Cette affection a fait l'objet de nombreux travaux en Allemagne et dans les pays de langue anglaise.

Parmi ceux-ci nous rappellerons la description de Wagner et de Unverricht (1887), les 2 cas publiés au Danemark par C. Otto (1895) et H. Heckscher (1925), ainsi que les travaux de Gottron, Günther et Schuermann, d'Althoff et Eger.

Un cas suivi de guérison a été observé en 1924 par Gray et Parkes Weber et 40 cas indicutables ont été étudiés à la Clinique de Mayo par O'Leary et Waisman de 1926 à 1939.

Nous rappellerons également les noms de William H. Guy, Robert C. Graves et Frederick M. Jacob (1936), A. W. Stillians et M. Dorne (1940), Édith Krabbe (1943), A. M. H. Gray, H. Semon, G. B. M. Heggs, E. W. Jacobsohn et F. F. Hellier et tout récemment un cas de Sézary.

Aspect clinique

Le *début* est souvent précédé d'un épisode infectieux aigu avec, dans bien des cas, des signes d'infection rhino-pharyngée. Parfois il s'agit d'une affection chronique, tuberculose, bronchectasie, cancer.

Le début est marqué soit par des troubles musculaires, douleurs et faiblesse musculaire, soit par des symptômes cutanés, soit par des troubles musculaires et cutanés associés, rarement par des troubles vaso-moteurs.

Le début est tantôt rapide, tantôt lent, durant des mois.

Période d'état

On voit à ce moment coexister des *lésions cutanées*, des *troubles musculaires* et *nerveux*, des *symptômes généraux*.

Les *symptômes cutanés*, consistant en érythèmes et œdèmes, ne sont pas en rapport avec les troubles musculaires.

Les *érythèmes* prédominent aux régions exposées à la lumière (Édith Krabbe).

De teinte variable, tantôt rosée, tantôt rouge foncé, ils sont en taches ou diffus. Les tissus sous-jacents sont normaux ou infiltrés par l'œdème.

Ils débutent généralement à la face, notamment aux pourtours orbitaires (Gottron), puis s'étendent au cou, aux mastoïdes, au cuir chevelu où ils s'accompagnent de chute des cheveux, puis à la région présternale et aux membres supérieurs surtout au voisinage des articulations. Ils recouvrent le dos des mains et se ramifient en bandes sur la face dorsale des doigts, rappelant l'aspect du lupus érythémateux.

L'éruption atteint souvent le dos et la moitié inférieure de l'abdomen, parfois les membres inférieurs.

Il y a souvent du *prurit*.

A l'érythème succède souvent de la pigmentation surtout à la face, ainsi que de l'atrophie cutanée.

Certains auteurs, en particulier O'Leary et Waisman ont noté à une période tardive des calcifications sous-cutanées des parties molles, siégeant à la ceinture pelvienne, aux membres inférieurs, aux doigts et au voisinage des grandes articulations.

Parfois existe une atteinte de la muqueuse buccale, stomatite, rhinopharyngite avec dans quelques cas un certain degré d'atrophie.

Les *œdèmes* apparaissent en général à la face, autour des orbites, puis gagnent le cuir chevelu, le cou, les avant-bras, les mains puis les jambes et les pieds. Aux membres ils prédominent aux extrémités. Ils peuvent être généralisés.

Ils sont parfois très importants : à la face, toute expression a disparu, aux membres les œdèmes périarticulaires peuvent rendre les mouvements pénibles et douloureux (Althoff et Eger).

Ce sont des œdèmes durs, ne prenant pas le godet.

Ils évoluent sans régularité, avec des alternatives de régression et d'augmentation.

Aux symptômes cutanés s'associent des *troubles musculaires* limités à la musculature striée. Ils sont souvent les premiers signes en date.

Bien que de distribution très irrégulière, les troubles musculaires sont généralement bilatéraux, à peu près symétriques, atteignant de préférence la ceinture scapulaire, les bras et le cou (O'Leary et Waisman), les muscles longs du dos, abdominaux inférieurs, fléchisseurs de la cuisse, abducteurs de l'épaule, extenseurs des avant-bras et des doigts, pectoraux (Édith Krabbe). Pour Althoff et Eger l'atteinte isolée d'une partie du muscle serait caractéristique de la dermatomyosite.

C'est, au début, une sensation de fatigue avec diminution de la force musculaire, des douleurs spontanées et à la pression, rendant certains mouvements impossibles.

Souvent existe de l'œdème qui donne aux masses musculaires une consistance molle, pâteuse. Puis les muscles vont s'atrophier et prendre une dureté ligneuse avec tendance à la contracture.

Les réflexes tendineux sont généralement diminués ou abolis. Le réflexe crémastérien est souvent absent.

La paralysie des muscles de la face, de la musculature externe de l'œil avec diplopie, des troubles sphinctériens transitoires ont été observés par O'Leary et Waisman.

On a noté dans les cas graves des paralysies du pharynx, du larynx, des muscles respiratoires. L'atteinte des muscles de la déglutition est de mauvais pronostic.

Il peut exister des troubles de la sensibilité : paresthésie à type d'engourdissements et de fourmillements, anesthésie aux différents modes surtout dans les segments distaux. Probablement dus à l'œdème ils régressent en même temps que les troubles musculaires. Pour certains auteurs, en particulier Sénator il s'agit d'une véritable névrodermatomyosite.

Signalons accessoirement la possibilité d'acrocyanose, de diminution des réactions électriques.

La rétinite a été signalée. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Les articulations sont généralement indemnes ; seules existent des douleurs articulaires, transitoires surtout au début.

Le myocarde est le plus souvent respecté bien que des modifications électrocardiographiques aient été signalées dans quelques cas.

La tension artérielle est souvent abaissée, le pouls accéléré.

La rate peut être un peu augmentée de volume, le foie reste normal.

Symptômes généraux. — Contrastant avec la gravité des autres symptômes la fièvre est généralement peu élevée en dehors des poussées aiguës. Les sueurs sont fréquentes. L'état général est très altéré, avec un amaigrissement de 4 à 20 kilogrammes.

L'anémie est modérée. Il peut exister une leucocytose légère avec augmentation des monocytes et surtout des ésosinophiles (jusqu'à 63 o/o).

La vitesse de sédimentation peut atteindre 76 millimètres en 24 heures.

Les protéines du sérum sont diminuées sans modification du rapport $\frac{\text{sérines}}{\text{globulines}}$.

L'acide lactique est aux limites supérieures de la normale : 14 mg. 5 o/o. On peut noter égalment une diminution du chlorure de sodium et un abaissement de la réserve alcaline.

Dans les urines, de même que dans le sang, la créatine est souvent augmentée. Il n'y a généralement pas de porphyrinurie.

Le métabolisme de l'eau peut être troublé, l'épreuve de concentration et de dilution de Volhard montre une grosse rétention de liquide (Althoff et Eger).

Évolution générale et pronostic

Le mode de début et l'évolution sont très variables, tantôt aigus, tantôt lents, sans qu'il y ait de rapport entre le début et l'évolution ultérieure.

L'évolution se fait par alternatives de poussées et de rémissions parfois presque complètes pouvant faire croire à une guérison et l'évolution est imprévisible.

Le *pronostic* est sombre. La mortalité est variable suivant l'âge du malade, surtout élevée après 40 ans, atteignant pour Althoff et Eger, 50 à 70 o/o.

La mort est le fait soit d'une affection intercurrente, broncho-pneumonie, soit d'une paralysie respiratoire, soit de l'atteinte du myocarde ou d'une septicémie.

Dans les cas moins graves le pronostic fonctionnel est réservé. Il subsiste des séquelles importantes : atrophie musculaire avec contracture, atrophie cutanée et pigmentation, surtout à la face. La *restitutio ad integrum* est exceptionnelle.

La durée de l'affection est en moyenne de 2 ans, variant de quelques mois à 4 ans.

Anatomie pathologique

L'examen microscopique des coupes de *peau* montre souvent des lésions de caractère banal, inflammatoire.

La couche cornée est habituellement épaissie, en lamelles lâches. L'épiderme est parfois le siège d'une légère acanthose, il peut être atrophié.

Dans certains cas de l'œdème sépare l'épiderme du derme.

Les fibres collagènes sont parfois gonflées, pâles, granuleuses, opaques ou homogénéisées, ayant perdu leur fine structure fibrillaire. Un léger œdème peut les séparer. Elles sont souvent tassées, formant des bandes irrégulières séparées par des fissures. Il existe presque toujours des infiltrats cellulaires périvasculaires, constitués de lymphocytes avec quelques plasmazellen et histiocytes, parfois des fibroblastes et des mastzellen. Ces infiltrats sont le plus souvent limités aux parties superficielles et moyennes.

Dans le tissu sous-cutané on peut trouver également soit une infiltration diffuse, soit des infiltrats périvasculaires constitués de lymphocytes et de grands mononucléaires.

Plus rarement on note une homogénéisation et une condensation du tissu conjonctif avec un léger épaississement de quelques parois vasculaires ou bien une structure rappelant le scléroœdème des adultes avec taches homogènes du collagène et œdème séparant les faisceaux collagènes.

Les lésions histologiques des *muscles* sont surtout nettes à la période aiguë. On observe une dégénérescence cireuse et graisseuse avec images bulleuses dans les fibres musculaires, œdème interstitiel et infiltrats inflammatoires autour des fibres. On note une usure des fibres avec cellules géantes et altérations des noyaux. Le tissu interstitiel contient du pigment ferreux.

Les fibres ont perdu leur striation et sont infiltrées de gouttelettes graisseuses. On y trouve de nombreux noyaux, des petites cellules rondes, des lymphocytes, des histiocytes et des cellules contenant du pigment ferreux.

Il existe de nombreux infiltrats lymphocytaires périvasculaires.

Un exsudat abondant, riche en albumine, forme par endroits de grandes crevasses entre les faisceaux musculaires.

Étiologie. Pathogénie

De fréquence égale dans les 2 sexes la dermatomyosite survient surtout à l'âge moyen et vers la cinquantaine. Elle est peut-être plus fréquente en été.

Plusieurs hypothèses étiologiques ont été soutenues.

La *théorie infectieuse* se base sur la fréquence des petites épidémies, sur les prodromes infectieux et les complications infectieuses assez habituelles.

Différents microorganismes ont été retrouvés, soit par hémoculture, soit dans des fragments de tissus : staphylocoques, streptocoques, bacilles de Koch, protozoaires, bacilles diphtériques, ultra-virus spécial (H. Müller).

Le muscle est atteint soit par le germe apporté par voie sanguine, soit par les toxines microbiennes.

D'autres auteurs soutiennent la *théorie toxique*. Pour certains il s'agit d'une intoxication exogène par oxyde de carbone provoquant une altération des parois capillaires. Mais les lésions de la dermatomyosite sont différentes de celles de l'oxyde de carbone. D'autres invoquent une intoxication endogène et surtout le cancer, fréquent chez les sujets âgés.

Pour certains auteurs une *dysendocrinie* est en cause : soit thyroïde surrénale en raison de la ressemblance clinique avec le myxœdème et la maladie d'Addison, soit ovaire ou testicule (l'impuissance a été signalée).

Il pourrait s'agir également d'une *avitaminose* surtout en vitamine B.

La *pathogénie* des lésions est également discutée, il y aurait pour certains atteinte vasculaire primitive expliquant l'atteinte de nombreux organes éloignés les uns des autres. Mais comment justifier les lésions musculaires isolées qui sont fréquentes ?

Pour Fahr il existe une endartérite avec destruction de la média et nécrose des parois vasculaires.

Pour Schuermann c'est un trouble circulatoire de la partie terminale des vaisseaux avec inflammation séreuse.

Pour Édith Krabbe, œdème, dégénérescence et atrophie résultent de la destruction des vaisseaux sanguins avec extravasation du liquide à travers les parois des vaisseaux endommagés entraînant des troubles de la nutrition.

Le *mécanisme* des œdèmes et des lésions musculaires est diversement expliqué.

Pour Althoff et Eger, il y a dans le sang une diminution de la sérine

qui traverse les parois des vaisseaux plus facilement que la globuline, de poids moléculaire plus élevé.

Le sodium et le chlore du sang diffusent dans les tissus alors que le calcium et le phosphore passent des tissus dans le sang. Mais si en effet on constate souvent une baisse des chlorures sanguins, par contre la calcémie est inchangée.

Les lésions musculaires sont, pour Hörner, secondaires à l'œdème qui comprime et dissocie les fibres.

Pour d'autres il s'agit d'une myosite spécifique. Certains ont incriminé l'absorption exagérée de viandes rouges (Schuermann).

De toutes façons il faut retenir comme importante, en raison de sa fréquence, l'augmentation de la créatinurie et de la créatinémie ainsi que la haute teneur du sang en acide lactique.

Suivant l'opinion d'Althoff et Eger, en raison des lésions musculaires histologiques d'aspect dégénératif, en raison de la paralysie globale et complète des muscles atteints, il semble logique d'attribuer l'origine de la maladie à un trouble fondamental des échanges musculaires, ce qui expliquerait les lésions cliniques et histologiques de la musculature, la paralysie et l'importance de l'œdème.

Diagnostic

De nombreuses affections peuvent être discutées.

La trichinose au début, quand prédominent les lésions musculaires, peut simuler la dermatomyosite. Les commémoratifs, ingestion de porc trichiné, l'éclosion par petites épidémies peuvent éclairer le diagnostic.

L'éosinophilie est importante mais celle-ci peut se rencontrer dans la dermatomyosite.

L'intradermo-réaction de Bachman est positive.

Citons également la *myopathie progressive.*

En raison des douleurs le diagnostic peut se poser au début avec une *polynévrite*, en raison des lésions cutanées avec la *pellagre* diffuse, le *rouget du porc.*

Signalons également la *maladie d'Addison*, le *rhumatisme articulaire aigu*, la *périartérite noueuse*, les *asthénies post-infectieuses.*

La *sclérodermie diffuse* peut simuler de très près la dermatomyosite qui pourtant ne s'accompagne jamais de lésions histologiques aussi importantes de sclérose.

Le *sclérœdème des adultes* de Buschke s'accompagne surtout de phénomènes cutanés. Il atteint rarement les membres inférieurs.

Le *lupus érythémateux* aigu ou subaigu disséminé a souvent un début insidieux précédé, plusieurs mois auparavant, d'asthénie, de fatigabilité. Des douleurs musculaires, articulaires sont fréquentes. Mais l'histologie permet de faire le diagnostic.

Enfin, il est 2 affections dont le tableau clinique est très voisin de celui de la dermatomyosite : la poïkilodermie atrophique vasculaire de Jacobi et la poïkilodermatomyosite de Petges et Cléjat.

La *poïkilodermie atrophique vasculaire* ne s'accompagne pas de faiblesse musculaire.

Les signes cutanés prédominent aux plis de flexions, aux aiselles ; la face est souvent respectée.

L'œdème est rare, localisé à la face.

L'atrophie de l'épiderme est constante.

On observe, associées, de la pigmentation, de nombreuses papules lichénoïdes, des télangiectasies marquées et très serrées dans les lésions récentes.

Histologiquement la couche cornée est normale, l'épiderme est intact ou un peu épaissi, les papilles dermiques sont très marquées, le tissu conjonctif est peu modifié.

Mais pourtant ces 2 affections sont bien proches l'une de l'autre.

Quant à la *poïkilodermatomyosite*, peut-être ne fait-elle avec la dermatomyosite qu'une seule et même affection, réalisant sous cet aspect une forme plus sévère de dermatomyosite.

Traitement

La *vitaminothérapie* soit par l'acide nicotinique, soit par l'aneurine, soit par l'acide ascorbique amène parfois une amélioration qui cesse après arrêt de la médication.

Les *stimulants généraux* : le fer, les hydrates de carbone, le glycogène sont souvent utiles.

Le *glycocolle* constitue une thérapeutique de remplacement importante (Althoff et Eger).

Citons également les *traitements antiinfectieux* : iode, iodure de potassium, arsénobenzènes, de résultats incertains. Le Yatren paraît actif en période aiguë.

La *vaccinothérapie* (stock ou autovaccin) semble parfois efficace.

Les *sulfamides* peuvent être essayés au début.

L'*oxygénothérapie* est conseillée par O'Leary et Waisman. Elle est indiquée en raison de la diminution de l'oxygène du sang artériel.

On peut associer également l'*opothérapie*, surtout orchitique, ovarienne, cortico-surrénale, thyroïdienne, pancréatique.

La *pyréthothérapie* par vaccins ou par bains est parfois suivie de réelles améliorations.

Sont également précieux la *physiothérapie*, la *radiothérapie* et l'*électrothérapie* ainsi que la *diathermie* et les *massages* qui permettent de prévenir ou d'atténuer les séquelles souvent importantes.

Il convient d'associer à ces différents traitements des *soins généraux* : maintenir une bonne nutrition, en cas de dysphagie donner une nourriture liquide, au besoin alimentation par sonde nasale. On cherchera à prévenir les complications respiratoires et, si possible, à éloigner les foyers infectieux.

Le malade sera placé de préférence dans un climat sec, chaud, égal.

En pratique, à cette affection, dont l'étiologie est encore inconnue, on ne peut appliquer que des traitements empiriques et symptomatiques.

ANALYSES

5c. — *Troubles de la nutrition.*

A. Hildebrand, H. Montgomery et E. Rynearson (Rochester). — **Necrobiosis lipoidica diabeticorum.** *Archives of internal Medicine*, t. **66**, 1940, pp. 851-878.

Huit cas de N. L. D. chez des diabétiques (dont 7 femmes de 14 à 61 ans et 1 homme de 27 ans) ont été étudiés à la Clinique Mayo, et leurs observations rapportées en détail. Jointes à 79 observations indiscutables prises dans la littérature, ces observations ont été l'occasion d'une étude d'ensemble de l'affection.

87 o/o des nécrobioses lipoïdiques coexistent avec un diabète sucré (celui-ci a donc fait défaut dans 8 cas). Le diabète a toujours été antérieur à la nécrobiose (de quelques mois à 17 ans) et est habituellement de forme moyenne ou grave (jusqu'à une glycémie de 3 gr. 75). Pas d'influence de la race mais du sexe (80 o/o des cas sont chez des femmes). L'âge d'apparition varie entre 10 et 40 ans dans 62 o/o des cas. Diverses causes occasionnelles ont été signalées (piqûres d'insecte, plaies, traumatismes, etc.). Les auteurs n'ont pas assisté au déclenchement des lésions par injection d'insuline, quoique le fait ait été affirmé. Dans le sang, cholestérol, esters du cholestérol, lécithine, acides gras, lipoïdes totaux restent dans les limites normales ; il paraît en être de même pour les graisses cutanées dans les lésions.

Aucune des hypothèses pathogéniques (lésions vasculaires locales primitives suivies de thrombose, nécrose et imbibition adipeuse, ou bien troubles locaux ou généraux du métabolisme des graisses) ne satisfait pleinement.

Aucun traitement local ni général ne paraît avoir eu de résultat net.

A. Touraine.

René Rozès. — **La lipoïdo-protéinose, ses rapports avec l'hydroa vacciniforme de Bazin, à propos d'une observation inédite.** *Thèse Toulouse*, 1943, Bouquet, éd., 46 p., 9 fig. Bibliographie.

L'auteur expose d'abord les signes de la maladie d'Urbach-Wiethe. Il reproduit ensuite les classifications des lipoïdoses proposées par Urbach et par Bazex et rappelle quelques-unes de ces lipoïdoses. A propos d'une observation inédite de Bazex (♂ de 19 ans, début à 2 ans de l'hydroa, clangor aortique sans hypertension, lipidémie totale 625 milligrammes, lécithinémie 190 milligrammes, cholestérolémie 225 milligrammes ; substance intercellulaire intradermique colorée en rouge par le Soudan III). R. discute le diagnostic avec l'hydroa vacciniforme de Bazin et pense qu'il s'agit d'une forme anormale de lipoïdo-protéinose. Bibliographie [incomplète].

A. Touraine.

C. Lane et Margaret Smith. — **Cutaneous manifestations of chronic (idiopathic) Lipoïdosis (Hand-Schüller-Christian Disease).** (Manifestations cutanées de la maladie de Hand-Schüller-Christian). *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **39**, n° 4, avril 1939, pp. 617-644, 10 fig. Bibliographie.

A l'occasion de trois cas personnels (avec purpura ou éruption profuse de papules jaunâtres), les auteurs insistent sur la fréquence (environ dans le tiers des cas) des manifestations cutanées dans cette dyslipoïdose.

Chester et Kugel (*Arch. Path.*, t. **14**, nov. 1932, p. 595) en ont décrit cinq types :

pigmentation bronzée généralisée ;
rash maculeux, pustuleux ;
purpuras divers ;
eczéma séborrhéique, atteignant surtout le cuir chevelu ;
xanthelasma des paupières.

A ces types, il faut ajouter :

ictère avec prurit et lésions de grattage qui peuvent faire croire à la gale ;
xanthomes cutanés en papules, nodules ou tumeurs qui, d'après Sundelius (*Acta med. scand.*, t. **87**, 1936, p. 402) s'observeraient dans 46 o/o des cas (29 sur 63).

Ces manifestations témoignent toujours d'une généralisation de lésions identiques dans les viscères (Rowland) ; elles sont donc d'un mauvais pronostic.

[D'autres anomalies d'ordre dermatologique ont été signalées par divers auteurs : taches jaune chamois, maculeuses, sur les plis de flexion (Pillsbury) ou papuleuses disséminées (Tate, Greenbaum, etc.) ; éléphantiasis des organes génitaux (Herzau), gingivite hyperplasique (Hagerup), caries dentaires importantes (Dreyfus, Laband, etc.). Dans un intéressant cas de Gottron (*Zbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, t. **59**, f. 1-2, 20 mai 1938, p. 1), les tumeurs xanthomateuses, brun rougeâtre, disséminées sur tous les téguments, se condensaient sur la face, dans la bouche, le pharynx, le larynx et avaient même nécessité une trachéotomie ; le tableau clinique se rapprochait beaucoup de celui de la lipoïdo-protéinose de la peau et des muqueuses, *An*]. A. Touraine.

A. H. Smeets. — **Xanthome tubéreux avec participation cardiaque.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, t. **86**, n° 34, 1942, p. 2120.

Une jeune fille de 12 ans porte de nombreux xanthomes disséminés sur tout le corps et en particulier sur les extrémités, dont certains atteignent le volume d'une mandarine. Elle souffre, en outre, depuis plusieurs années, de crises d'angine de poitrine ; on entend un souffle systolique et un clangor du deuxième bruit à la base ; l'électrocardiogramme est normal. Dans le sang, cholestérol libre : 2 gr. 91 ; cholestérol total, 6 gr. 32. Aucune amélioration par le régime alimentaire et l'insuline. Mort par granulie. Autopsie : artériosclérose des valvules du cœur, de l'aorte et de l'entrée des artères efférentes ; pas de lésions hépatiques. A. Touraine.

5d. — *Dermatoses dans les maladies générales.*

O. Hrad. — **Exantheme septischer Zustandbilder** (Exanthèmes septicémiques). *Archives für Dermatologie und Syphilis*, vol. **182**, 1941, pp. 367-375.

Quatre observations où le tableau clinique fut de lupus érythémateux aigu, de parapsoriasis varioliforme, de dermatite pyohémique staphylococcique, d'érythème polymorphe hémorragique grave. Fièvre de septicémie ; symptômes rénaux pulmonaires, spléniques, hépatiques, cardiaques ; mort. Dans le sang : streptocoque ou staphylocoque hémolytique ou pneumocoque.

5e. — *Dermatoses et glandes endocrines.*

A. Desaux. — **Action des glandes endocrines sur l' « organe cutané ». Aperçu schématique physiopathologique.** *Le Bulletin médical*, année **57**, n° 4, 15 février 1943, p. 53.

Autrefois considérée comme une lame du revêtement, la peau a pris rang d'organe cutané à fonctions multiples : immunisation, dépôt, vascularisation, métabolisme, sécrétions externe, peut-être interne, glande pigmentaire. L'action des glan-

des endocrines sur ces diverses fonctions cutanées est tour à tour envisagée. On trouvera dans cet aperçu une série de faits méthodiquement classés, qui appellent de nombreuses recherches. B. en a entrepris quelques-unes.

H. Rabeau.

G. Garnier. — **L'importance des hormones génitales dans l'étiologie et le traitement de certaines dermatoses.** *La Presse Médicale*, année **50**, n° 31, 30 juin 1942, p. 417.

G. a publié à la Société française de Dermatologie (9 mars 1939 et février 1941), des observations démonstratives d'eczéma par déséquilibre folliculino-lutéinique et de prurit et lichénification diffuse des cuisses guéris par la progestérone. Il donne ici une revue des divers troubles cutanés que l'on peut observer ; il estime que plutôt que des dosages de folliculine ou qu'une biopsie endo-utérine, la clinique permet de les diagnostiquer. Puis l'épreuve thérapeutique reste un bon élément de jugement. Il n'y a pas de règle absolue de traitement. On doit savoir que les cas où la dermatose est liée à l'hyperfolliculinisme sont plus nombreux que ceux où elle est en déficit, qu'il est plus facile de manier les antiœstrogènes que les œstrogènes, qu'une dermatose qui avait cédé à la progestérone, par exemple, devient plus tard résistante à cette hormone et guérira par la folliculine, montrant ainsi les alternances du déséquilibre hormonal. La part d'empirisme qui persiste dans le domaine des dermatoses hormonales reste grande. H. Rabeau.

5f. — *Dermatoses d'origine circulatoire.*

Antonio Vila Lopez. — **Estudios capilaroscopicos** (Études capillaroscopiques). *Medicina española*, année **6**, t. **9**, n° 50, mars 1943, pp. 303-308, 5 figures, pas de bibliog.

Étude synthétique réunissant les faits anatomiques ou statiques et les troubles fonctionnels.

1° *Faits anatomiques.* Les *capillarites oblitérantes* traduisent des dégénérescences vasculaires, artériosclérosiques le plus souvent, résultant d'une accumulation de dérivés cholestéroliques ou calciques. Elles posent le vieux problème de l'antériorité du trouble fonctionnel ou de la lésion. D'après l'auteur, leur apparition serait simultanée : la division des angines de poitrine en angines dues, les unes, à la sclérose des coronaires, les autres, à des troubles vaso-moteurs, n'est pas justifiée. Il s'agit d'un seul processus d'insuffisance des vaisseaux coronaires.

Les *varicosités capillaires* s'observent dans de nombreux processus (radiodermite, dilatation capillaire de la face dans l'alcoolisme chronique, cardiopathies congénitales, bronchectasie, etc...).

Les *ruptures capillaires* sont, suivant les cas, muettes ou révélées par divers symptômes suivant les organes. La *fragilité capillaire* (étudiée par la méthode de la ventouse, du lacet, etc.), est mise en évidence dans l'artériosclérose, l'insuffisance hépatique, l'encéphalite, le parkinsonisme, le typhus exanthématique, dans divers exanthèmes, etc.

2° Les *troubles fonctionnels*, vulgairement connus sous le nom d'*angionévroses*, se résument en des variations de calibre sous l'influence des deux systèmes végétatifs antagonistes.

Deux types de manifestations peuvent être réalisés chacun par deux mécanismes : 1° L'hyperhémie angioneurotique locale (tension, chaleur, battements vasculaires, hyperthermie) par hypertension vagale ou paralysie du sympathique. Elle est associée à un symptôme douloureux dans l'érythromélalgie ; 2° La paresthésie sensitive avec pâleur des extrémités (acroparesthésies).

Pfleger et Holler conservent l'ancienne division clinique en angionévroses idiopathiques et symptomatiques. L'auteur, qui admet la simultanéité des lésions et des troubles fonctionnels, est beaucoup moins absolu.

Il passe en revue les principales angionévroses : érythromélalgies : doigt mort, angionévroses vagales, angines de poitrine vaso-motrices ; maladie de Raynaud avec sa phase acroasphyxique et sa phase de troubles trophiques ; sclérodermies avec sclérodactylie, hémi-atrophie faciale progressive ; troubles moteurs provoqués par la chaleur et le froid ; vaso-dilatation passive par le froid prolongé dans l'érythème pernio.

Les *troubles de la perméabilité capillaire* s'observent dans l'œdème angionévrotique de Quincke, dans certaines urticaires, dans l'hydarthrose intermittente neurogène, dans les néphroses.

On peut explorer cette perméabilité par une technique analogue à celle que l'on utilise pour l'étude de la fragilité capillaire : on introduit la main et l'avant-bras du patient dans un vaisseau plein d'eau jusqu'à un trait préalablement marqué sur l'avant-bras. Le liquide répandu est recueilli dans un vase gradué. Après avoir appliqué une ligature sur le bras pendant deux ou trois minutes, on répète l'opération et on compare les volumes du liquide extravasé. La différence constitue l'indice de perméabilité. Celle-ci est augmentée chez les néphrosiques, dans les états anaphylactiques et dans certaines vagotonies neuro-végétatives.

J. Margarot.

G. Hopf (Hambourg). — **Die Beeinflüssung der peripheren Durchblutung und ihre therapeutische Bedeutung bei Hautkrankheiten** (Influence de la circulation sanguine périphérique ; sa valeur thérapeutique dans les affections cutanées). *Dermatologische Wochenschrift*, vol. **116**, nos 15-16, 17 avril 1943, pp. 257-263, courte bibliogr.

Rappel du rôle des troubles de la circulation dans les engelures, l'eczéma, la réaction de Pirket, les pyodermites chroniques, l'ecthyma, les tuberculides, etc.

Revue des méthodes thérapeutiques qui cherchent à agir sur la circulation périphérique : 1° *Physiques*, action locale ou générale (bains) de la chaleur, seule ou alternée avec le froid (massage thermique), compression intermittente avec un tensiomètre (2 minutes de compression vers 8 c de mercure, 1 minute de décompression). 2° *Chirurgicales*, dérivées de la sympathectomie de Leriche ; 3° *Pharmacologiques* : papavérine (0.03 à 0.06 1 à 3 fois par jour), éphédrine, barbituriques. 4° *Hormonales* : extrait de pancréas, acétylcholine, histamine, hormones testiculaires ou folliculaires (Teilge). 5° *Vitaminiques* : vitamine P.P., acide nicotinique à haute dose. 6° *Minérales* : sels de calcium, régime de Gerson.

A. Touraine.

L. Ketron et J. Bernstein (Baltimore). — **Cutaneous Manifestations of Periarteritis nodosa**. *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **40**, no 6, décembre 1939, pp. 929-944, 12 fig. Bibliographie.

De cette affection dont les auteurs connaissaient un peu plus de 200 cas en 1939 (dont une dizaine de Français depuis ceux de Debré, Leroux, Lelong et Gauthier-Villars (*Arch. méd. enf.*, **31**, 1928, p. 325) et de Hutinel, Coste et Arnaudet (*Arch. méd. enf.*, **33**, 1930, p. 355), K. et B. étudient particulièrement les manifestations cutanées.

Elles sont fréquentes et ont été notées dans 59 cas (environ 25 o/o). Ce sont :

1° des papules ou *nodules* hypodermiques (dans les deux tiers des cas) qui sont un des éléments les plus fréquents et les plus caractéristiques de l'affection ;

2° des petites *taches érythémateuses* (moitié des cas), souvent *purpuriques*, parfois surmontées de vésicules ou de bulles à contenu séro-hémorragique ;

3° des *ulcérations* qui peuvent se former au centre des taches ou des nodules, par nécrose, sous un tableau de *gangrène* en îlots ;

4° un *érythème scarlatiniforme*, parfois en rash passager (Hutinel) ;

5° un *érythème polymorphe*, rare ;

6° un *livedo racemosa* du tronc ou des membres, sur lequel les auteurs insistent d'après un cas personnel longuement étudié et dont ils réunissent 6 cas antérieurs, depuis ceux de Goldschlag, de Crosti en 1935. Ils pensent d'ailleurs que la *cutis marmorata congenita* ne serait qu'une forme atténuée de la périartérite noueuse et, comme celle-ci, due à une anomalie congénitale des petits vaisseaux qui faciliterait l'artérite, la thrombose et la nécrose.

[Voir dans les *Ann. de Dermat. et Syph.*, 8e série, t. **1**, nos 3-4, mars-avril 1941, p. 126, l'analyse de la thèse de Fonteix sur la péri-artérite noueuse, *An*].

A. Touraine.

J. Mercadal Peyri. — **Elefantiasis nostras, contribucion al estudio patogenitico de la misma.** (*Elephantiasis nostras.* Contribution à son étude pathogénique). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 7, avril 1941, p. 594, 5 fig.

Observation intéressante par la coexistence d'un éléphantiasis des extrémités et de la face (léontiasis), par une tendance générale à la fibrose manifestée à la fois dans le tissu conjonctif sous-cutané et dans le parenchyme pulmonaire et par l'origine toxico-tuberculeuse probable des lésions

J. Margarot.

5g. — *Dermatoses d'origine sanguine ou hémopoïétique.*

F. Weidman et J. Klauder. — **Acne urticata polycythæmica.** (Le prurigo polycytémique). *Archives of Dermatology and Syphilology*, t. **39**, n° 4, avril 1939, pp. 645-665, 5 fig. Bibliographie.

Déjà signalé dans 8 cas par Kaposi, en 1894, sous le nom d'*acne urticata*, le prurigo est assez fréquent, dans la polycytémie, pour prendre place, avec la cyanose et les hémorragies, parmi ses manifestations cutanées habituelles. Les auteurs en rapportent, outre 7 observations récentes, un cas personnel chez une femme de 57 ans.

Les papules sont petites, très nombreuses, très prurigineuses, presque toujours excoriées ; elles sont généralisées, mais particulièrement fournies sur le dos, la face d'extension des membres. Elles consistent dans une vésicule intra-épidermique et dans une forte infiltration du chorion sous-jacent par des « cellules macrophages ». Grâce à la présence d'oxydases, l'injection de benzidine dans leur masse, sur le vivant, détermine une coloration brun verdâtre que ne prennent pas les autres prurigos, non polycytémiques ; c'est là une méthode de diagnostic de haute valeur.

De même que l'on décrit des leucémides, les auteurs proposent de désigner ces diverses manifestations cutanées sous le nom de « polycytémides ». On pourra leur adjoindre des manifestations plus rares, telles que macules érythémateuses douloureuses, disséminées sur la face (Ssutejew, 1926), érythrodermie desquamative (Eichenlaub, 1929 ; Sézary, 1934), etc.

A. Touraine.

P. Nicaud et A. Lafitte. — **Leucémie subaiguë terminée par une poussée aiguë à cellules indifférenciées. Leucémides diffuses.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, 1943, nos 23-24, p. 338.

Chez un homme de 53 ans, après une longue période de 18 ans marquée par une grande lassitude, un amaigrissement important, des poussées fébriles inexpliquées, apparaissent en novembre 1942 des manifestations cutanées multiples, remarquables par leur nombre et leur diffusion. Elles sont constituées par des éléments papuleux ou des infiltrations à type anthracoïde. Histologiquement : infiltration du derme et

de l'hypoderme par de nombreuses cellules lymphocytaires et de très nombreuses cellules indifférenciées en grande activité karyokinétique. L'infiltration cellulaire atteint l'épiderme qu'elle pénètre et des éléments du revêtement superficiel sont détruits. Il s'agit de leucémides cutanées. L'anémie a été progressive. Le nombre des globules blancs est passé de 68.000 à 245.000 en quelques semaines avec apport continu de cellules-souches.

H. Rabeau.

C. H. Beck et H. Wyers. — **Ueber einen Fall von primärer myeloide Hautleukämie** (Sur un cas de leucémie myéloïde primitivement cutanée). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. **183**, n° 4, 10 février 1943, pp. 456-463, 6 fig., très courte bibliogr.

Rappel des cas de Milbradt, Lutz, Rössle et, surtout, de celui d'Ortynsky (♀ de 24 ans, début des anomalies sanguines 6 mois après l'apparition des premières manifestations cutanées, évolution en leucémie aiguë myéloblastique).

Étude d'un cas personnel chez une jeune fille de 16 ans, avec lésions cutanéo-gingivales caractéristiques ; les altérations myéloblastiques du sang, de la moelle osseuse, l'hypertrophie du foie et de la rate n'ont commencé que 7 mois après le début des manifestations cutanées.

A. Touraine.

A. Sézary. — **Diagnostic et nosologie des réticuloses cutanées.** *La Presse médicale*, année **52**, n° 7, 8 avril 1944, p. 98.

S. distingue quatre classes de réticuloses :

1° Les réticuloses par surcharge où les histiocytes englobent des substances organiques et se déforment en conséquence ;

2° Les réticuloses hyperplasiques ou mieux orthoplasiques dues à la prolifération simple et ordonnée des éléments normaux (histiocytes, fibroblastes) ou banalement pathologiques (cellules épithélioïdes, cellules géantes, cellules lymphocytoïdes, plasmocytes peut-être aussi mastocytes) ; maladie de Besnier-Bœck-Schaumann et maladie de Kaposi ;

3° Les réticuloses métaplasiques ou paraplasiques, où les cellules réticulo-endothéliales prolifèrent de façon désordonnée et métatypique, mais sans aspect sarcomateux : maladie de Hodgkin, mycosis fongoïde, réticulose maligne ;

4° Les réticuloses néoplasiques malignes (réticulo-sarcome, réticulo-endothéliome).

Appliquée à la dermatologie, cette classification est souvent d'un précieux secours dans le diagnostic des réticuloses. S. le montre par plusieurs exemples choisis. Il répond aux critiques faites par M. Robert (Berne) et M. Pautrier. On ne saurait laisser isolées et éparses ces réticulose et négliger leur lien histologique. Leur classification a une utilité et un intérêt incontestables.

H. Rabeau.

I. Mayer et St. Wolfram (Vienne). — **Zur Kenntnis der Reticulosarkomatose.** (Sur la connaissance de la réticulosarcomatose). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 3, 9 octobre 1940, pp. 327-356, 15 fig., bibliogr.

Étude très détaillée d'une femme de 36 ans, chez laquelle deux petites tumeurs du bras et du sein gauches sont suivies, neuf mois plus tard, d'un exanthème maculo-papuleux du visage et des bras. Rapidement taches et nodules se transforment en nodosités partiellement ulcérées et se disséminent sur tous les téguments et les muqueuses visibles. Le sang reste normal. Mort en sept mois par cachexie.

L'anatomie pathologique montre une prolifération généralisée des cellules du réticulum qui, par l'atteinte de tout l'appareil hémopoïétique et par leur organisation périportale dans le foie, donne le tableau d'une hyperplasie systématisée des éléments réticulaires. Le caractère tumoral est au premier plan des lésions de la peau, des muqueuses et même des viscères. Les tissus collagène et élastique ont disparu et les cellules se multiplient entre les faisceaux des muscles striés et débordent la capsule des ganglions lymphatiques en amas de limites généralement indécises. Par places, la croissance est destructive. Pas de tumeur primitive apparente ;

mais les nodules ne peuvent pas être considérés comme des métastases en raison de leur limite imprécise. Il faut admettre une prolifération multicentrique. Les cellules endothéliales des organes examinés ne montrent aucune prolifération, sauf les cellules de Kupffer.

Par ses caractères histologiques, ce cas se rapproche assez de la forme différenciée du réticulosarcome d'Oberling ou de la forme à cellules polymorphes de ces tumeurs d'Ahlström. Dans la classification de Roulet, ce cas est analogue au retothelsarcome mur, en raison de l'abondance des fibrilles argentaffines. Mais le caractère polymorphe des cellules le fait plutôt ranger parmi les retothelsarcomes à cellules polymorphe d'Oliviera (retothelsarcome à cellules mixtes de Rössle). La multiplicité des foyers, la systématisation à toutes les cellules du réticulum, l'absence d'une tumeur unique en font une réticulosarcomatose [Belles figures].

A. Touraine.

M. Niethammer (Stuttgart). — **Beitrag zur Frage der Aetiologie und zur Therapie der Mycosis fungoïdes** (Contribution à la question de l'étiologie et au traitement du mycosis fongoïde). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **179**, nº 5, 23 novembre 1939, pp. 484-499, courte bibliogr.

L'auteur rappelle les théories leucémique, sarcomateuse, infectieuse et mixte du mycosis fongoïde [la réticulo-histiocytaire n'est pas signalée, *An*] et insiste surtout sur les découvertes bactériologiques qui ont été faites et qui plaident en faveur de l'origine infectieuse.

Dans trois cas, après culture d'infiltrats cutanés à bactériologie très polymorphe, il isole une variété de streptocoques de forme atypique qui, dans deux cas, auraient fixé le complément du sérum des malades. Ces souches n'ont pas été pathogènes pour le lapin et le cobaye.

N. a obtenu une diminution de la fièvre (qui oscillait entre 38° et 39° !) par la sulfamidothérapie. Il demande, à juste titre, une vérification de ces faits.

A. Touraine.

J. Werth (Greifswald). — **Ueber Lungenröntgenbefunde bei Mycosis fungoides** (Sur la radiologie des poumons dans le mycosis fongoïde). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, nº 3, 9 octobre 1940, pp. 299-314, longue bibliogr.

Analyse des 31 cas publiés depuis 1916 de lésions pulmonaires radiologiques dans le mycosis fongoïde (ombres hilaires, marmorisation, tumeurs uniques ou multiples, etc.). Dans deux cas personnels (♂ de 36 et de 62 ans), taches disséminées dans les deux poumons, surtout près des hiles. Toutes recherches négatives pour la tuberculose.

Il est possible, pour Kuznitzky, que le poumon soit une porte d'entrée de l'agent infectieux du mycosis fongoïde. Ces observations plaideraient dans le même sens.

A. Touraine.

L.-M. Pautrier (Lausanne). — **Un nouveau type de granulomatose en tumeurs généralisées, simulant le mycosis fongoïde à évolution mortelle.** *Réunion dermatol. de Lausanne*, décembre 1942 ; *Dermatologica*, vol. **87**, nº 4/5, avril-mai 1943, pp. 190-201, 3 fig., pas de bibliogr.

Chez un homme de 37 ans, tuberculeux évolutif, apparition progressive, sur tout le corps, sauf le cuir chevelu, les paumes et les plantes, de nombreuses tumeurs, dont certaines ulcérées, qui cliniquement rappellent le mycosis fongoïde. Ce diagnostic est cependant éliminé en raison de trois biopsies qui montrent des infiltrats constitués par des lymphocytes, des lymphoblastes (?), des histiocytes. Monocytose sanguine de 16 o/o. Légère polyadénopathie (ganglions non examinés histologiquement).

P. en fait une granulomatose « rentrant dans le cadre des granulomatoses inclassables ».

A. Touraine.

Olle Lövgren et Curt Westman. — **On the Etiology of and the Supposed Relations between Lymphogranulomatosis Maligna and Mycosis Fungoides** (Sur l'étiologie et les relations envisagées entre la lymphogranulomatose maligne et le mycosis fongoïde). *Acta Medica Scandinavia*, vol. **108**, f. 5, 26 août 1941, pp. 387-397, 1 fig., bibliogr.

Les auteurs étudient d'abord 4 cas personnels, 1 : ♂ de 47 ans, diagn. clinique et histologique de maladie de Hodgkin ; 2 : ♀ de 65 ans, diagnostic clinique hésitant entre Hodgkin et mycosis fong. ; 3 : ♂, 89 ans, diagnostic clinique et nécropsique mycosis fong., histologique hésitant ; 4 : ♂, 42 ans, diagnostic clinique et histologique : tumeur de l'index puis adénopathies à cellules réticulaires indifférenciées.

Ces cas montrent combien le diagnostic peut être hésitant, même au microscope, entre les deux affections. Quant aux conditions étiologiques (traumatisme, infection, notamment mycosique), on rencontre les mêmes dans les deux cas. Les auteurs inclineraient à accepter une origine mycosique commune.

A. Touraine.

S. Tappeiner (Vienne). — **Zur Lymphogranulomatose (Paltauf-Sternberg) der Haut** (Sur la lymphogranulomatose de la peau). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 6, 20 février 1941, pp. 720-760, 14 fig., bibliogr.

Les manifestations cutanées de la maladie de Hodgkin-Paltauf-Sternberg ont été décrites par Gross (1906, à Vienne) puis par Kreibich, Arndt, Kren, etc. [pas de mention des travaux français, *An*]. T. en rappelle la classification en : 1° *non spécifiques* (prurit, éruptions eczémateuses, érythrodermiques, urticariennes, bulleuses, prémycosiques, prurigo ; 2° *de transition* (forme non mûre), assez rares (infiltrations et formations tumorales, sans tissu typique de granulation au moins au début de l'évolution) ; 3° *spécifiques*, très rares (90 cas connus), avec structure granulomateuse caractéristique, généralement en papules ou en tumeurs plates, infiltrées, parfois ulcéreuses, et qui peuvent être autochtones (siégeant dans la peau elle-même) ou allochtones (par exemple par voie lymphatique).

Il rapporte ensuite plusieurs observations personnelles. Parmi les manifestations non spécifiques, il étudie deux cas d'éruptions eczématiformes localisées, cinq cas d'éruptions généralisées (trois de papules prurigineuses et souvent pustuleuses, une d'acné cachectique, une d'érythrodermie). Deux observations illustrent les formes de transition (petites papules confluentes, presque généralisées, bientôt ulcéreuses). Les formes spécifiques sont représentées par quatre cas dont deux autochtones (nodules ulcéreux des régions inguinales ; nodules disséminés) et deux allochtones (nodules ulcérés de la région de l'épaule et du cou, de la cuisse et de l'aine), avec structure granulomateuse typique, nombreuses cellules de Sternberg, et présence presque constante de cellules spumeuses ou pseudo-xanthomateuses (Lipoidphagocyten) qui évoquent l'idée d'une parenté avec les xanthomatoses et la maladie de Hand-Schüller-Christian. T. signale enfin l'atteinte possible des muqueuses, du muscle cardiaque, de la vue, des organes génitaux de la femme.

A. Touraine.

J. Watrin, L. Florentin, L. Jacob et A. Dollander. — **Lymphogranulomatose maligne à manifestations cutanées généralisées.** *Revue Médicale de Nancy*, t. **68**, 1er avril 1942, p. 198.

Femme de 52 ans dont l'affection (adénopathies, prurit, fièvre) remonte à six mois. Il s'y ajoute des lésions cutanées généralisées : peau épaissie, légèrement œdémateuse, recouverte de squames avec prurit. Biopsie : chorion envahi par des cellules rondes, à disposition péri-vasculaire au milieu desquelles des celulles plus volumineuses à noyau multilobé rappelant de jeunes cellules de Sternberg. Épiderme épaissi. En résumé, ce type de lésions diffuses en nappes formées d'éléments cellulaires pathognomoniques de la maladie de Hodgkin, n'avait jamais été signalée jusqu'ici.

L. Golé.

W. Richter (Greifswald). — **Beitrag zur Klinik und Aetiologie der Lymphogranulomatosis (Hodgkin)** (Contribution à la clinique et à l'étiologie de la maladie de Hodgkin). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **181**, n° 1, 10 mai 1940, pp. 1-11, 11 fig., bibliogr.

Après une courte revue des caractéristiques cliniques et biologiques de la maladie et des arguments qui plaident en faveur de son origine infectieuse et notamment tuberculeuse, R. étudie longuement un cas personnel, chez une jeune fille de 19 ans, traduit surtout par une urticaire papuleuse chronique et des adénopathies. A l'occasion de soins dentaires, une injection de novocaïne-adrénaline est suivie en 10 minutes d'un gonflement des ganglions et, pendant 25 minutes, d'une augmentation des lymphocytes. R. en conclut qu'on ne saurait donc éliminer le rôle déclenchant de toxines, infectieuses ou non.

A. Touraine.

S. de Sèze et P. Ordonneau. — **Pseudosciatique et maladie d'Hodgkin.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, 1943, nos 28-29-30, pp. 413-415.

Les localisations osseuses ne constituent pas une éventualité rare au cours de la maladie de Hodgkin. Cette sciatique, en apparence essentielle, causée par une localisation osseuse pelvienne n'est pas primitive. Elle est secondaire à une maladie de Hodgkin déjà manifestée 7 ans auparavant par un épisode ganglionnaire, passager, d'allure très bénigne, oublié depuis longtemps par le malade. Il faut noter, à propos de ce cas, l'efficacité locale vraiment extraordinaire des applications des rayons X, du moins sur l'élément douleur, l'absence de toute spécificité des images radiologiques.

H. Rabeau.

P. Robert (Berne). — **A propos de la conception de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann en tant que réticulo-endothéliose.** *Réunion dermatol. de Lausanne*, décembre 1942 ; *Dermatologica*, vol. **87**, n° 4/5, avril-mai 1943, pp. 202-206, bibliogr.

L'auteur critique à la fois la classification des capillarites de Touraine et celles des réticulo-endothélioses de Pittaluga, Oberling, Sézary, Pautrier, etc. Il les estime les unes trop restrictives, les autres trop extensives et pense que, lorsqu'on ne connaît pas le mécanisme pathogénique et les facteurs étiologiques d'un groupe d'affections à mêmes affinités cliniques ou histologiques, il est artificiel de s'appuyer, pour les classer, sur un seul élément commun de ces affections (lésions des capillaires, réaction réticulo-endothéliale, etc.). [L'auteur ne propose pas de classification personnelle et ne dit pas comment on peut établir de classement, pour les affections dont on ignore la cause exacte, sans s'appuyer sur un de leurs caractères communs. *An*]. Réponse de Pautrier.

A. Touraine.

H. Gougerot, Bouvier et B. Duperrat. — **Réticulo-endothéliose lupoïde sans structure épithélioïde. Discussion de la maladie de Schaumann et des réticulo-édothélioses.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, 1943, nos 32, 33, 34.

Femme de 30 ans présentant dans le cadran inféro-externe du sein gauche une papule de 18 sur 14 millimètres, surélevée, infiltrée, de coloration rouge orangé et violacé, donnant à la vitro-pression l'aspect translucide du lupus, entourée d'une auréole violacée. La lésion date de 3 mois, s'accompagne d'un ganglion axillaire. La cuti-réaction est faiblement positive. La papule soulevée montre histologiquement un infiltrat inflammatoire péri-capillaire et péri-sudoripare, disposé en nappes denses à contours nets, séparées les unes des autres par des intervalles de collagène sain. Il est constitué par des cellules de type réticulaire, assez volumineuses, acidophiles, intriqués avec des lymphocytes ; pas d'amas épithélioïdes, pas de cellules géantes. Une telle structure rentre dans le groupe des réticulo-endothélioses. Il faut donc admettre des formes atypiques histologiquement de la maladie de Schaumann et par conséquent reviser les critères histologiques.

Sézary, faisant remarquer le polymorphisme clinique et histologique de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, propose de distinguer dans le vaste ensemble des réticuloses, un groupe, celui des réticuloses épithélioïdes dont l'unité résiderait dans la seule présence de cellules épithélioïdes, dont la seule raison d'être serait notre ignorance de leur étiologie et dont le type le plus pur serait la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. H. RABEAU.

E. SCHRÖPL (Eger). — **Zur Aetiologie und Pathogenese der Bœckschen Krankheit** (Sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Bœck). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **183**, nº 5, juin 1943, pp. 545-583, 12 fig., bibliogr.

Au cours d'un bref rappel historique, S. critique la dénomination française de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann qui néglige la participation des auteurs allemands.

Il rapporte ensuite longuement deux observations typiques (♂ de 42 ans et ♀ de 37) dans lesquelles le bacille de Koch a été trouvé directement dans les lésions, malgré que toutes les réactions biologiques de la tuberculose aient été négatives. La culture a été positive dans les deux cas sur milieu de Petragnani, ainsi que l'inoculation au cobaye.

Le rôle du bacille de Koch a donc été mis en évidence, jusqu'ici et depuis Kyrle et Gans, dans 26 observations (dont 15 par sa constatation dans les lésions). Il s'agit habituellement d'un bacille atténué, dont l'atténuation, faible et labile, s'accentue à mesure que dure la maladie, ce qui explique la fréquente négativité des recherches dans les lésions anciennes ; l'examen devra donc porter, pour être positif, sur des éléments récents. Ainsi s'explique aussi la négativité des réactions biologiques de la tuberculose dans les cas de longue date.

L'atténuation paraît être le fait de certains états constitutionnels, plus résistants vis-à-vis du bacille de Koch (échappant ainsi à la tuberculose banale et réagissant à l'infection par la forme atténuée qu'est la maladie de Bœck). Comme ces états constitutionnels sont héréditaires et peu modifiés par le milieu extérieur, on comprend ainsi l'existence de cas familiaux et la relative fréquence de la maladie dans certaines races (nordique par exemple) ; on comprend aussi les faits d'association ou de transition entre la maladie de Bœck et la tuberculose typique, la grande analogie des réactions cytologiques tissulaires dans ces deux affections.

En conclusion nette, la maladie de Bœck est une forme atténuée de la tubercu lose. A sa forme typique, on doit en ajouter une autre : la tuberculose type Bœck [Voir, entre autres, sur le même thème : HANTSCHMANN, *Ergebn. Tub. Forschung*, t. **9**, 1939 ; LEIPOLD, *Zbl. f. Tub. Forsch.*, t. **34**, 1931, p. 145 ; LEITNER, *Schweiz. med. Woch.*, 1er sem., p. 411, *An*]. A. TOURAINE.

M. DRESSLER et H. WAGNER. — **Ueber zwei Fälle von Lymphogramulonatosis benigna (Schaumann)** (Deux cas de lymphogranulomatose bénigne de Schaumann). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **22**, fasc. 6, décembre 1941, pp. 511 à 544, 13 figures.

Premier cas : Jeune fille de 15 ans ; en 1934 lésions pulmonaires de type granulique et ganglions hilaires, le tout visible à la radiographie, mais sans aucun trouble fonctionnel, en même temps qu'un érythème noueux aux deux jambes et une irido-cyclite. Réaction à la tuberculine négative. Séjour dans un sanatorium, où l'érythème noueux s'efface (avec hémorragies rétitiennes), mais où apparaît brusquement une paralysie faciale droite, puis une otite moyenne droite non suppurée. Guérison rapide de la paralysie. Les ganglions du hile augmentent de volume. Les réactions à la tuberculine demeurent négatives. En 1937 la rate grossit ; trouble des fonctions rénales ; pas de bacilles de Koch dans l'urine. Un ganglion au cou et ganglions cubitaux. L'un d'eux est prélevé : il est bourré de nodules épithélioïdes. A la fin de 1938, amélioration de l'état général. En 1939, même aspect des poumons ; le sommet reste clair. Nouvelle biopsie d'un ganglion : mêmes résultats. Ablation d'une amygdale où l'on trouve les amas épithélioïdes caractéristiques de la maladie de Schaumann. A la radiographie, raréfaction des phalanges, des métacarpiens et des

métatarsiens. Les lésions des yeux s'améliorent. Au cours de cette évolution, on a fait des traitements par l'antiléprol, le rubrophène et la liqueur de Fowler.

Second cas : (femme 29 ans) : parotides volumineuses, paupières épaissies, iridocyclite et noyaux de périphlébite des veines de la rétine. La nature de la maladie est démontrée par des lésions du hile, une hypertrophie de la rate et du foie. Pas de lésions osseuses. A. Civatte.

H. Gougerot, A. Carteaud et B. Duperrat. — **Maladie de Schaumann, forme hypodermique de Darier-Roussy. Discussion nosologique.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, année **59**, 1943, nos 32, 33, 34, p. 449.

Deux observations La première malade associe la forme dermique (*lupus pernio* de Besnier-Tenneson), la forme nodulaire lupoïde de Bœck-Darier, et la forme hypodermique de Darier-Roussy. Elle est un exemple d'auto-inoculation de nodules lupoïdes (forme de Bœck-Darier) dans les cicatrices opératoires d'ablation de sarcoïde sous-cutanée de Darier-Roussy.

La seconde n'a que des lésions hypodermiqus sous-cutanées de Darier-Roussy. Elles montrent le polymorphisme de la maladie de Schaumann, et G. a proposé un perfectionnement de la nomenclature consistant à appeler « maladie de Schaumann » l'ensemble de la maladie et en donnant à chaque forme le nom des auteurs qui l'ont décrite les premiers. Exemple : forme de Besnier-Tenesson pour le *lupus pernio*, forme lupoïde de Bœck-Darier.

Le terme de maladie de Schaumann leur semble la meilleure appelation, supérieure à celle d' « endothéliose ou réticulo-endothéliose épithélioïde ».

H. Rabeau.

P. Harvier, G. Renard, J. Antonelli, I. Vignalou et M. Bouderelle. — **Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Syndrome d'Heerfordt. Sarcoïdes ulcérées des membres inférieurs.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 3e série, année **59**, 1943, nos 32, 33, 34, p. 445.

Chez une femme de 22 ans l'affection a débuté par des placards violacés indurés, siégeant à la face antéro-externe des deux jambes, en 1937. Ces lésions s'ulcèrent, puis se cicatrisent, plusieurs poussées durant 4 mois. En 1939 nouvelles poussées de placards semblables d'aspect et d'évolution. En 1941 apparition d'un iritis bilatéral sans troubles fonctionnels, puis parotidite bilatérale et adénopathies cervicales volumineuses non douloureuses. Cuti-réaction positive. Nouvelle poussée de sarcoïdes aux membres inférieurs et aussi aux mains et aux avant-bras. En 1943 paralysie faciale droite périphérique, recrudescence des lésions oculaires, ulcère de la cornée et colobome, quelques mois plus tard nouvelle poussée cutanée. Deux biopsies d'un nodule non ulcéré et ulcéré confirment le diagnostic de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, mais on note des lésions vasculaires très accentuées et inhabituelles qui expliquent peut-être cette évolution ulcéreuse. H. Rabeau.

Jacquet-Lagreze. — **A propos d'un cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme tumorale endo-laryngée isolée.** *Thèse de Paris*, 1943. Le François, éd., 54 p.

Cette thèse est consacrée, après un bref exposé des symptômes classiques de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, à une observation de Huet et Rossert : tumeur du larynx chez une jeune fille de 23 ans. L'examen histologique a permis de ranger cette tumeur laryngée dans le cadre de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. La malade était indemne de toute autre manifestation de cette maladie (deux microphotographies jointes). L. Golé.

H. Hamann. — **Sarkoïd Bœck der oberen Luftwege** (Sarcoïdes de Bœck des voies respiratoires supérieures). *Dermatologische Wochenschrift*, t. **115**, no 43, 24 octobre 1942, pp. 888-896, 4 fig., courte bibliogr. allemande.

Après un court rappel de 24 des 59 observations antérieurement publiées, H. en rapporte assez brièvement 4 nouveaux cas :

♂, 35 ans ; infiltration du nez, ulcérations des narines, nodules sur la paroi postérieure du pharynx, sur le palais mou ; état cicatriciel de la muqueuse nasale, pachydermie laryngée, nodules sur la corde vocale gauche. Confirmation histologique. Mort par tuberculose pulmonaire 7 ans après le début des accidents cutanés.

♂, 25 ans ; infiltration des deux paupières inférieures, de la lèvre inférieure, du septum nasal, de l'épiglotte, du larynx (avec dyspnée) ; confirmation histologique. Ostéite kystique des phalanges ; lésions des poumons, de la rate.

♂, 36 ans : plaques infiltrées sur le front, une narine, la muqueuse labiale ; taches dans les poumons : confirmation histologique.

♂, 58 ans ; nodules et infiltrats sur le voile du palais, d'histologie caractéristique ; pas d'autres lésions.

Description générale des lésions polymorphes de ces sarcoïdes sur les muqueuses et notamment des formes infiltrées et nodulaires, de leur localisation amygdalienne.

A. Touraine.

Aubriot et G. Henry. — **Un cas de manifestation parotidienne révélatrice de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, 1943, nos 28, 29, 30, 31, p. 416.

Cette femme de 39 ans présentait une double parotidite ; parotidite de la grosseur d'une prune, indolore, donnant une sensation lobulée. Les sous-maxillaires ne sont pas hypertrophiés. L'examen clinique fit découvrir une rate légèrement hypertrophiée et deux ganglions épitrochléens. L'examen anatomo-pathologique permit de voir des nodules épithélioïdes envahissant uniformément la glande, sans aucune cellule géante, sans zone de caséification.

H. Rabeau.

M. Lamy, I. Turiaf, Mlles M.-L. Jammel et O. Schaefisguth. — **Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.** *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **59**, 1943, nos 32, 33, 34, p. 425.

Il s'agit d'une fillette de 12 ans chez laquelle se sont successivement développées des lésions oculaires (irido-cyclite bilatérale), ganglionnaires, musculaires, pulmonaires et cutanées. Les cuti et intradermo-réactions à la tuberculine qui ont été constamment négatives ; l'inoculation au cobaye d'un fragment qui n'a pas tuberculisé l'animal ; l'examen histologique d'un ganglion : tout plaide contre la tuberculose et fait admettre une maladie autonome, maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.

H. Rabeau.

Tauno Putkonen. — **Ueber die Intracutanreaction von Kweim (K v R) bei Lymphogranulomatosis benigna** (L'intradermo-réaction de Kveim (KvR) dans la lymphogranulomatose bénigne). *Acta Dermato-Venereologica*, t. **23**, Suppl. X, 23 tableaux, 52 figures, 16 diagrammes. Longue bibliographie.

C'est une réaction à la manière de celle de Frei. L'antigène est préparé avec des tissus prélevés sur des malades atteints de lymphogranulomatose bénigne de Schaumann. Dans la pensée des expérimentateurs qui ont cherché dans cette voie, un sujet qui présente une réaction positive est atteint de lymphogranulomatose bénigne de Schaumann. Kissmeyer qui, le premier, avait fait des recherches dans ce sens, avait échoué. Williams et Nickerson avaient, en 1935, fait à leur tour des essais et signalé des résultats positifs. Mais il semble qu'ils aient pris pour une réaction spécifique, une simple réaction d'inflammation banale, précoce et passagère. Kveim, en 1941, reprenant la même technique (antigène préparé au moyen de fragments de sarcoïde cutanée et de ganglions infiltrés prélevés chez des malades atteints de cette affection) a eu le mérite de distinguer de cette réaction précoce et banale, la vraie réaction, plus tardive et beaucoup plus durable, et tout à fait spécifique.

T. P. vient de reprendre cette étude. Il a longuement expérimenté sur 56 malades et nous donne le résultat de son travail dans un volume de 190 pages, copieusement illustré, qui met au point la question.

Il a préparé son antigène avec des fragments de lésions cutanées, des ganglions hypertrophiés, ou des amygdales de sujets atteints de lymphogranulomatose bénigne. La préparation est faite d'après la technique employée pour l'antigène de Frei. Il en fait des dilutions au 1/10, au 1/100, au 1/1.000. Il injecte 0,2 cm³ à la face antérieure de l'avant-bras.

Aussi bien chez les sujets de contrôle que chez les malades, une papule rouge apparaît dès les premières heures et commence à rétrocéder après quelques jours. Au moment où cette réaction précoce va disparaître, et parfois longtemps après sa disparition (la durée de cette période de latence dépend surtout du degré de la dilution ; elle peut se prolonger jusqu'à huit mois), on voit apparaître chez les sujets atteints de lymphogranulomatose bénigne la réaction spécifique, sous forme d'une papule qui s'élargit lentement, dépasse parfois un centimètre de diamètre, se ramollit, se nécrose, et se recouvre de croûtes, indéfiniment renouvelées pendans plusieurs mois. La durée de la lésion est telle qu'il est d'usage d'exciser celle-ci.

La violence de la réaction spécifique varie avec l'antigène plus qu'avec la dilution, tandis que la réaction précoce est d'autant moindre que la dilution est plus forte. Les réactions spécifiques les plus nettes sont obtenues d'ordinaire avec des antigènes provenant de ganglions lymphatiques. Des antigènes préparés avec des tissus ne présentant pas la structure typique du lymphogranulome peuvent encore provoquer des réactions positives. La présence de l'antigène n'est donc pas liée à une structure histologique particulière. Des malades dont la KvR est faible peuvent fournir des antigènes très puissants.

La papule de la réaction positive a une structure fort variable. Seules, les réactions lentement apparues reproduisent la structure typique de la sarcoïde.

L'antigène est thermostable et, à la centrifugation très rapide, tombe au fond du tube.

La KvR est vraisemblablement un phénomène d'allergie. Elle est le plus souvent positive chez les malades atteints de lymphogranulomatose bénigne. Elle semble l'être chez tous ceux qui présentent des lésions en activité ; comme si elle dépendait chez ces malades de la présence des amas épithélioïdes. Elle est négative dès que ce tissu n'existe plus. La réaction semble très précoce, et a été trouvée déjà positive chez un malade qui avait depuis 15 mois seulement des lésions à peine visibles du nez. Elle dure autant que l'affection. On l'a trouvée chez un malade atteint depuis plus de 20 ans de lymphogranulomatose bénigne.

La réaction spécifique a été parfois trouvée positive avec certains antigènes très concentrés, chez des malades de contrôle qui n'étaient pas atteints de lymphogranulomatose bénigne.

T. P... l'a trouvée positive dans le syndrome de Heerfordt, dans des granulies froides, dans des manifestations purement osseuses ; mais négative dans un cas d'angiolupoïde ; il se demande s'il s'agissait bien dans ce cas d'une véritable angiolupoïde et serait tenté d'y voir un lupus vrai.

La KvR semble donc avoir une valeur très grande. Elle oblige à des précautions assez grandes dans le choix d'un antigène. T. P... conseille des dilutions étendues d'un antigène puissant. L'antigène doit donc être étalonné au préalable. Il faudra commencer avec une dilution très étendue et recommencer de 15 en 15 jours avec des concentrations plus fortes, tant que n'apparaîtra pas la réaction seconde. On extirpera celle-ci dès qu'on l'aura identifiée. A. Civatte.

N. Danbolt (Oslo). — **On Kveim's Réaction in Bœck's Sarcoid** (Sur la réaction de Kveim dans les sarcoïdes de Bœck). *Acta medica scandinavia*, vol. **114**, n° 2, 14 mai 1943, pp. 142-160.

D. s'est conformé à la technique indiquée par Kveim (*Nordisk Medicin*, 1941, **9**, p. 169), par injection intradermique de un ou deux dixièmes de centicube d'antigène préparé avec un ganglion lymphatique sarcoïdique. Sur dix malades atteints de sarcoïdes de Bœck, dix résultats positifs. Quelques jours après l'injection (parfois quelques semaines), une papule s'est formée qui a augmenté lentement pendant

plusieurs semaines. La réaction a donc une grande valeur diagnostique, d'autant que chez trois de ces malades, il n'existait aucune lésion cutanée, mais seulement des manifestations « internes » (uvéite, ombres pulmonaires, adénopathies).

Dans tous les neuf cas où elle a été pratiquée, la biopsie de la papule de réaction a montré une infiltration dermique par des cellules épithélioïdes entourées d'une couronne de lymphocytes ; plusieurs fois cellules géantes type Langhans. La structure est donc identique à celle des sarcoïdes ; elle avait conservé les mêmes caractères dans les deux cas où la papule durait depuis plus d'un an.

D. conclut à la spécificité de la réaction de Kveim et aussi à l'individualité de la maladie de Bœck « qui ne doit pas être considérée comme une forme spéciale de la tuberculose ». A. TOURAINE.

J. CATSARAS et D. ELEFTHERIOU. — **Beitrag zur Histogenese der Kaposischen Krankheit** (Contribution à l'histogenèse de la maladie de Kaposi). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **183**, nº 3, 30 décembre 1942, pp. 303-314, 7 fig., bibliogr.

Étude histologique d'un cas chez une femme de 45 ans, probablement syphilitique, morte avec des tumeurs généralisées. Conclusion : il s'agit d'un processus hyperplasique systématisé des cellules mésenchymateuses dont les unes restent indifférenciées et les autres évoluent en cellules endothéliales qui s'organisent en capillaires sanguins mûrs, les autres en capillaires abortifs, en lacunes ou en faisceaux d'angioblastes. Les cellules indifférenciées peuvent former des fibrilles avec évolution possible vers des faisceaux collagènes et, enfin, vers du tissu cicatriciel.

Les deux caractéristiques de l'affection (néo-capillaires et tissu fibrillaire) font donc proposer la dénomination de « angioendothéliofibrose ». Revue des différentes théories étiologiques et pathogéniques.

A. TOURAINE.

BO BAFVERSTEDT. — **Ueber Lymphadenosis benigna cutis.** (La lymphadénose bénigne de la peau). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **24**, supplém. 11, 1943, 200 pages, 30 figures. Bibliographie très complète.

Il existe entre les sarcomes de la peau et les tumeurs cutanées des leucémies, des tumeurs qui rappellent de très près celles des deux groupes précédents, mais en diffèrent par une évolution bénigne et l'absence de tout signe d'une affection quelconque de l'appareil hémo-lymphopoïétique. On a donné à ces tumeurs bien des noms, suivant les pays et l'époque où l'étude était faite, Les dénominations les plus connues sont celles de : *sarcoïde de Fendl-Spiegler*, *lymphocytomes*, *lymhoblastomes*. B. B. nous donne d'abord un aperçu historique de la question, avec une analyse des cas les plus marquants qui ont été publiés sous ces différents noms. Il conclut qu'il y a là une catégorie de tumeurs qu'il faut classer à part ; elles sont caractérisées par une évolution bénigne et une structure réticulo-lymphoïde qui peut aller de l'infiltrat monomorphe à un infiltrat lymphoïde semé de « centres clairs ». A ce groupe le nom de *lymphocytome*, proposé déjà pour nombre de ces cas, conviendrait du point de vue histologique — la présence ou l'absence de centres clairs est sans importance, étant donné que l'apparition de centres clairs dans un tissu lymphoïde ne constitue jamais qu'un épisode insignifiant. — Mais pour B. B. le mot lymphocytome évoque l'idée d'une « tumeur vraie », ce qui serait inexact : il le repousse donc. Il refuse *granulome* qui ne correspond pas à la structure histologique et *lymphadénose circonscrite* qui amènerait une confusion avec la lymphadénose cutanée chronique des leucémies lymphoïdes. Il propose *lymphadénose bénigne de la peau* qui souligne les ressemblances histologiques de ces tumeurs avec celles de la lymphadénose chronique.

Vient ensuite une étude clinique et anatomo-pathologique très fouillée de la

lymphadénose cutanée bénigne. Le chapitre *étiologie et pathogénie* comporte une étude expérimentale, qui malheureusement n'a fourni que des résultats négatifs. Le chapitre *diagnostic* est particulièrement intéressant, car c'est là que se posent les problèmes les plus ardus : ne pas prendre pour une lymphadénose bénigne une leucémie aleucémique à début purement cutané, ou une des granulomatoses, parmi lesquelles B. B. range le mycosis ; et ne pas confondre la lymphadénose bénigne avec toute la série des tumeurs malignes qui commence aux lymphoblastomes et va jusqu'aux sarcomes vrais. Le nom même de l'affection indique que le *pronostic* quoad vitam est bon ; mais B. B. nous prévient qu'il peut y avoir des formes indéfiniment récidivantes. Le *traitement* de choix est la radiothérapie. L'arsenic a été préconisé; mais B. B. n'en a pas obtenu de résultats probants.

Au total une monographie extrêmement intéressante et qu'il faut lire. Elle met au point, à bien des égards, une question fort obscure. Si on pouvait lui faire un reproche, ce serait peut-être de sembler y mettre trop de clarté, au risque de laisser croire au lecteur qu'un diagnostic ferme de lymphadénose cutanée bénigne sera toujours aisé, soit par la clinique, soit par l'histologie. Ceux qui ont eu l'occasion de se heurter souvent aux difficultés de certains faits anatomo-cliniques, et ont pu constater la série ininterrompue des transitions par lesquelles on va du « lymphocytome » au « lymphoblastomes, au « granulome » du mycosis fongoïde, et jusqu'au réticulo-sarcome, savent que le problème est parfois insoluble avec nos moyens actuels. Il faut louer un auteur de mériter qu'on lui reproche trop de clarté.

A. Civatte.

5h. — *Dermatoses et tube digestif.*

A. Kita (Moukden). — **Ueber die Leberfunktion der allergischen Hautkrankheiten** (Sur la fonction hépatique dans les dermatoses allergiques). *The Japanese Journal of Dermatology and Urology*, vol. **48**, n° 5, 20 novembre 1940, pp. 101-103, 5 tableaux. Pas de bibliogr.

Pour explorer la fonction hépatique K. recourt à l'injection intraveineuse de galactose et à celle de santonine.

Épreuve de la galactose : 31 témoins, 6 positifs (dont 5 alcooliques), 12 douteux, 13 négatifs; 38 urticaires, 17 positifs, 10 douteux, 11 négatifs; 42 toxicodermies, 28 positifs, 10 douteux, 4 négatifs ; 30 dermites médicamenteuses, eczémas et prurits, 9 positifs, 8 douteux, 13 négatifs.

Épreuve de la santonine : 30 témoins, 1 positif, 6 douteux, 23 négatifs ; 113 urticaires, 25 positifs, 22 douteux, 66 négatifs ; 41 toxicodermies, 17 positifs, 11 douteux, 13 négatifs ; 30 dermites médicamenteuses, eczémas et prurits, 3 positifs, 6 douteux, 21 négatifs.

Les fonctions du foie ont donc un rôle important dans les dermatoses allergiques.

A. Touraine.

N. Danbolt et K. Closs. — **Acrodermatitis enteropathica** (Acrodermatite d'origine intestinale). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **23**, fasc. 2, mars 1942, pp. 127 à 169, 7 figures, 7 tableaux. Bibliographie.

Deux observations minutieusement suivies du point de vue clinique et appuyées de recherches bactériologiques et de nombreuses analyses chimiques. Les auteurs les rapprochent d'autres qui ont été publiées récemment (4 obs. de Brandt, 1935, 2 cas de Soderling, 1 cas de Haxthausen, 1937) qui avaient été considérées comme des dermatites continues d'Hallopeau. Brandt avait déjà émis l'hypothèse qu'il pouvait y avoir à l'origine de ses quatre cas un trouble intestinal et un défaut d'absorption de la graisse, mais il n'en donnait aucune preuve. Les auteurs ont essayé de faire cette démonstration pour les deux cas qu'ils publient ici.

Il s'agit d'une dermite vésiculeuse et pustuleuse qui frappe les nourrissons et les très jeunes enfants. Elle se localise autour des orifices naturels et aux extrémités. Les dernières phalanges sont renflées; il y a du périonyxis et de l'atrophie des ongles. Alopécie totale. Blépharite. Parfois la muqueuse buccale est atteinte, rouge enflammée et la langue couverte de papillomes.

Les poussées de dermites sont en rapport avec des périodes de diarrhée (selles abondantes grises, mousseuses, fétides, riches en graisse jusqu'à la stéathorrhée).

Arrêt de la croissance. Pas d'arriération mentale. Mais au moment des crises, quelques troubles psychiques.

On serait tenté d'attribuer cette dermatose à une alcalose intestinale, avec troubles consécutifs des divers métabolismes, et surtout à une mauvaise utilisation des graisses et putréfactions intestinales consécutives. Élimination urinaire très réduite. Grande instabilité de Ph et Ca. Pendant les poussées, grandes oscillations dans l'élimination de Ph et de Az; le tout en relation avec de l'indicanurie. Dans les fèces, augmentation des acides gras, du Ca et du Ph. Et cependant le taux de ces substances dans le sang reste normal. Chez l'un des deux petits malades, cependant, au cours d'une poussée diarrhéique, moins de Ca et Ph dans le sang et crise de tétanie.

Essais de vitaminothérapie variée et de traitement par extrait hépatique sans succès. Les régimes usités dans la maladie cœliaque et la sprue n'ont pas mieux réussi. Il est donc probable que la dermatose ne résulte pas *seulement et directement* des troubles intestinaux.

D'autre part, l'assimilation à la maladie de Hallopeau ne peut être maintenue.

Il faut remarquer aussi que la maladie cœliaque des enfants ne s'accompagne que rarement de symptômes cutanés, quoique ceux-ci soient fréquents dans la sprue nostras, qui correspond, chez l'adulte, à la maladie cœliaque des enfants. Et les auteurs s'appliquent à montrer les différences qu'il y a entre leur acrodermatite et les lésions cutanées de la maladie cœliaque.

Il n'y a pas, d'autre part, ici, coïncidence fortuite d'une acrodermatite et d'une entéropathie. Il faut admettre que lésions cutanées et troubles intestinaux sont la conséquence d'une même affection générale, mais que les premières dépendent jusqu'à un certain point de troubles intestinaux. A. Civatte.

5j. — *Dermatoses et appareil génito-urinaire.*

M. Lœper, P. Chassagne, J. Courjaret et J.-L. Parrot. — **Œdème albumineux des membres dans une néphrite.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année **107**, 3e série, t. **127**, nos 15 et 16, Séance du 13 avril 1943, pp. 226-229.

Une femme de 40 ans, albuminurique, azotémique et hypertendue, présente depuis plusieurs semaines des œdèmes discrets s'expliquant en apparence par les lésions cardio-rénales dont elle est porteuse.

Subitement ces œdèmes s'accroissent et font place à une énorme anasarque dont l'intensité et la rapidité de développement sont réellement anormales.

Des mouchetures permettent de recueillir à l'état de pureté 40 litres d'un œdème clair, transparent mais un peu jaunâtre, légèrement visqueux, dont la composition diffère de celle des œdèmes habituels par une albuminose intense. Cet œdème en effet contient le chiffre énorme de 34 grammes d'albumine par litre, dont 15 gr. 5 de globuline et 18 gr. 5 de sérine, au lieu de 0 gr. 50 à 3 grammes dans les néphrites aiguës habituelles.

Une aussi forte albuminose témoigne d'un œdème actif, dû à l'altération des parois filtrantes et relevant vraisemblablement d'une origine toxique. Cette altération est due pour les auteurs à une substance hydropigène du groupe des *imidazols* et de l'*histamine*. Les dosages biologiques ont montré dans le sang de la malade 1.000 γ d'histamine, soit une dose 20 fois supérieure à la normale, et dans l'œdème 450 γ, ce qui représente un chiffre énorme. Cette constatation s'explique par le fait

que l'histamine produit normalement une vaso-dilatation des capillaires et des lésions endothéliales, aboutissant à l'accumulation de liquide albumineux dans les tissus.

Il résulte de ce fait que certains œdèmes périphériques survenant au cours des néphrites doivent être considérés comme toxiques et relèvent vraisemblablement de l'histamine ou d'un produit hydropigène voisin. Ces œdèmes histaminiques se distinguent des œdèmes habituels par leur intensité, leur brusquerie d'apparition, leur viscosité, leur densité, enfin et surtout leur richesse particulière en albumine qui les apparente aux œdèmes albumineux du poumon. L. P.

5k. — *Dermatoses et système nerveux.*

Gonzalez Medina. — **Dermatosis de causa psiquica.** (Dermatoses de cause psychique). *Actas dermo-sifiliograficas*, année **32**, n° 2, novembre 1941, p. 229.

L'auteur étudie les dermatoses provoquées par un choc psychique. Il a pu mettre en évidence l'importance de ce facteur dans sept cas de pelade, deux cas de maladie de Dühring, un cas d'hyperpigmentation péribuccale et superciliaire, quatre cas de prurit essentiel, deux cas d'eczématides généralisées avec neurodermite, un cas de psoriasis et quatre cas de pyodermite chronique récidivante.

J. Margarot.

A. Schnitzer (Zurich). — **Die Bedeutung der Testproben bei der Neurodermitis disseminata** (La valeur des tests cutanés dans la névrodermite disséminée). *Dermatologica* (Bâle), vol. **86**, nos 2-3, 1942, pp. 111-116.

20 à 40 allergènes différents ont été utilisés chez des malades du groupe de l'allergie. Voici les résultats positifs de ces tests cutanés : 42 sur 52 névrodermites, 8 sur 12 asthmes bronchiques, 2 sur 2 rhinites vaso-motrices, 12 sur 18 urticaires, mais aussi 14 sur 30 sujets sains de contrôle.

Peut-être ces réactions sont-elles seulement dues à l'abaissement du seuil de réactivité du système nerveux autonome. A. Touraine.

W. Volavsek (Vienne). — **Zur Klinik der Nagelveränderungen und Palmarkeratosen bei Syringomyelie** (Sur la clinique des troubles unguéaux et de la kératose palmaire dans la syringomyélie). *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **182**, n° 1, 28 mai 1941, pp. 52-57, 3 fig., bibliogr.

A l'occasion de deux cas personnels, V. rappelle que l'on peut observer dans la syringomyélie des :

Troubles des ongles : chute partielle ou totale, déformation de la surface, épaississement, friabilité, fragilité.

Hyperkératose palmaire, fissures à l'extrémité des doigts, rhagades profondes, kératoses insulaires, diffuse, limitée à un ou plusieurs des plis de flexion de la paume ou des doigts. A. Touraine.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX

DU TOME QUATRIÈME — HUITIÈME SÉRIE

1944

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS

DANS CE VOLUME (1)

(1) *Les chiffres en caractères* **gras** *indiquent les mémoires originaux.*

T

U

V

W

Y

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME 4 — 8e SÉRIE

1944

Les chiffres en caractères **gras** *indiquent les mémoires originaux.*

C

D

E

R

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1945, 1er TRIMESTRE, N° D'ORDRE 87. MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, N° 180. — 12-1944.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1944

Présidence de M. Clément Simon

SOMMAIRE

Évolution vers le lichen plan d'une lésion complexe oscillant entre le lupus érythémateux, le lichen plan et la poïkilodermie, par M. H. Gougerot.

La malade n° 138.857 vous a été présentée à la séance du 12 novembre 1942, n°s 11 et 12, p. 503 avec un diagnostic très hésitant, et elle a été publiée avec Civatte dans les *Annales de Dermatologie* de septembre-octobre 1943 (n°s 2-10, p. 233, 5 figures).

On avait penché vers la poïkilodermie en discutant une association des trois réactions cutanées : poïkilodermie, lupus érythémateux et lichen plan, dues à des causes identiques, et nous concluions « l'évolution nous renseignera sans doute par la transformation des lésions actuelles ».

Cette malade a guéri sans traitement spécial à la campagne à la fin de 1942 et il

est à souligner que la large lésion du front qui semblait atrophique a disparu sans laisser de cicatrices.

Elle est restée guérie un an et demi environ. En effet, sans cause nette, en juin 1944, elle a eu une récidive des lésions que montre ses photographies : au front, sur le visage, au dos des mains et, localisation nouvelle, au triangle du décolleté antérieur. Ces lésions, peu ou pas prurigineuses, sont cliniquement le lichen plan papuleux et circiné le plus caractéristique. Sur le dos du nez, un érythème légèrement kératosique à bords diffus, est le reliquat ou la récidive des lésions qui avaient fait discuter le lupus érythémateux.

Traitée par la radiothérapie radiculo-médullaire et le stovarsol, les lésions sont déjà en régression nette.

Cette observation s'ajoute à toutes celles que Degos et ses collaborateurs et nous-même collectionnons et dont nous montrons encore un exemple aujourd'hui avec Carteaud, et qui soulève la question difficile des rapports des lichens plans et des poïkilodermies, certaines poïkilodermies se révélant, soit d'emblée, soit par évolution, comme du lichen plan.

M. Civatte. — Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Gougerot sur l'évolution de ce cas vers le lichen plan. Il manque, pour un lichen typique, les stries de Wickham. D'autre part, il n'y a plus à la place de l'ancienne éruption, ni atrophie ni pigmentation; et un lichen pigmenté et atrophique laisse toujours des traces indélébiles. Cette disparition serait plutôt en faveur de la poïkilodermie. D'autre part la localisation à la base du cou, dans la région juxta-sternale, nous ramènerait à l'hypothèse du lupus érythémateux qui se localise là si souvent chez la femme.

Au total, le cas me paraît, comme il y a deux ans, inclassable, et me semble être un cas limite, au carrefour des trois dermatoses.

Aspect clinique de maladie de Riehl, lichen plan typique histologiquement, par MM. H. Gougerot, A. Carteaud et B. Duperrat.

Cette malade n° 142.749 *bis*, âgée de 53 ans soulève une fois de plus le problème évoqué par la malade précédente.

En avril 1944 les lésions pigmentées commencent sur le front puis s'étalent rapidement sur tout le reste de la figure et au cou et le 1er juillet 1944 on aperçoit la pigmentation habituelle ponctuée réticulée, diffuse des maladies de Riehl, un fond d'érythème et un léger prurit. A la loupe, on aperçoit des points d'hyperkératose ponctuée. L'étiologie reste, suivant l'habitude, très indécise, pas de carence alimentaire, mais un amaigrissement de 4 kilogrammes depuis 6 mois ; ménopause en 1940 sans troubles endocriniens nets, mais le métabolisme basal est augmenté de 20 o/o ; pas de bouffées de chaleur, était général satisfaisant ; T. A. 17/9, urée 0,22, glycémie 0,68, cholestérine 1,53 ; sensibilité nette au soleil mais elle travaille la nuit, sort peu le jour et les urines ne contiennent pas de porphyrines en excès (Malangeau) ; contact avec de l'huile de machine depuis environ 20 ans par projection d'huile d'une machine à coudre. L'huile de cette machine a été changée depuis environ 6 mois et est devenue noire et goudronneuse ; enfin, très grande émotivité avec insomnie.

Il semblait donc que c'était la maladie de Riehl la plus typique avec même le facteur de l'irritation par l'huile industrielle, or l'examen histologique confirmé par Civatte, montre un lichen plan typique : hyperacanthose, aspect en dôme des papilles dermiques qui sont le siège d'un important infiltrat lymphocytaire érodant la basale, infiltrat dont la limite inférieure est nette.

M. R. Degos. — Dans le même ordre de faits, j'ai rapporté devant la Société des cas de pigmentations réticulées de la face type maladie de Riehl-poïkilodermie qui se sont révélés être des lichens plans, et l'observation d'un lichen plan post-aurique dont les lésions histologiques reproduisaient l'aspect de la poïkilodermie (*Soc. dermat.*, 14 janvier 1943). Avec M. Civatte, j'ai présenté ultérieurement une observation de lichen plan dont les lésions histologiques étaient à la fois celles d'une papule de lichen plan et d'une poïkilodermie très typique (*Soc. dermat.*, 8 avril 1943). Il y a là une chaîne qui relie, cliniquement et histologiquement, la maladie de Riehl, la poïkilodermie cervico-faciale, et le lichen plan.

Rash pré-zonateux, par MM. H. Gougerot, de Gracianski et B. Duperrat.

Le malade n° 143.305, âgé de 59 ans, a, le 28 août 1944 et depuis le 20 août, un zona intercostal droit, typique, mais atténué (placard érythémateux avec ébauche de vésicules, douleurs, adénopathie de l'aisselle droite). Mais, point intéressant, depuis environ le 12 août, donc une huitaine de jours avant l'apparition du zona et de sa névralgie, il a vu apparaître brusquement sur tout le corps, face, tronc et membres, des centaines de papulettes rouges, très congestives, arrondies de 1 à 2 millimètres, non confluentes, s'effaçant à la vitropression donc non purpuriques. Souvent, ces papulettes sont entourées d'un halo blanc. Ni à l'inspection, ni au grattage méthodique, il n'y a d'ébauche vésiculeuse.

L'examen histologique montre des lésions congestives banales sans aucune altération épidermique.

Ces lésions ont disparu en une quinzaine de jours parallèlement au zona, spontanément ou sous l'influence de l'autohémothérapie.

Que représente cette éruption singulière précédant le zona ? Il est impossible d'admettre la varicelle ou un zona généralisé puisqu'il n'y a pas vésiculation ni cliniquement ni histologiquement et que le zona thoracique, puisqu'il est postérieur, n'avait pas pu donner l'immunité expliquant cette absence de vésiculation.

Granulome annulaire palmaire, par MM. H. Gougerot, B. Duperrat et Gaulier.

La malade n° 66.977, âgée de 19 ans, a depuis plusieurs semaines des lésions typiques de granulome annulaire sur le dos des doigts et surtout, point exceptionnel, des lésions palmaires (1). Cette localisation exceptionnelle du granulome annulaire est d'un diagnostic très difficile s'il n'y avait que ces lésions palmaires ; car, avec l'épiderme corné très épais, l'absence de régression centrale nette, ces lésions palmaires ressemblent plus à des verrues vulgaires qu'à un granulome annulaire.

Le moulage n° 3570 a fixé l'aspect des lésions.

La biopsie a prouvé qu'il s'agissait bien de granulome annulaire et non pas de verrues et a amené la guérison des lésions.

Maladie de Schaumann et maladie de Hansen, par MM. H. Gougerot et B. Duperrat.

Cette malade n° 143.519 *bis* soulève le problème de l'étiologie de la maladie de Schaumann et renouvelle les discussions de la nature Hansénienne de la maladie de Schaumann, question si bien étudiée au Brésil et en Argentine, surtout par les Professeurs Rabello Senior et Junior.

En effet, cette malade s'est présentée à nous en juillet 1944 porteuse de :

1° un placard érythémato-squameux, infiltré surtout en bordure, à un doigt et au pied près du talon ;

2° aux deux cuisses et au bras gauche trois petits placards de 20 à 30 millimètres érythémato-cyanotiques parsemés de petites papulettes de un à deux millimètres, brillantes et lichénoïdes.

Le diagnostic était hésitant :

— tuberculides lichénoïdes ? L'histologie montrant des lésions tuberculoïdes était un argument, mais l'intradermo-réaction tuberculinique négative éliminait cette hypothèse.

— maladie de Schaumann, forme granulaire miliaire et érythémato-squameuse (non lupoïde). La structure histologique épithélioïde est celle d'une maladie de Schaumann et l'intradermo-réaction tuberculinique négative est en faveur de ce diagnostic.

Mais nous savions que cette malade revenait d'A. O. F., et aussitôt les travaux des Rabello nous incitaient à ne pas négliger la recherche de la maladie de Hansen ; rien dans le nez et pas de bacilles, mais, et ce sont là deux points d'importance majeure : la sensibilité tactile au chaud et au froid est nettement diminuée sur les

(1) A. Selicsky en cite 3 cas russes chez 3 tuberculeuses. *Venerologia i Dermatologia*, Moscou, avril 1928.

éléments ; ensuite, l'épreuve de la sudation provoquée par injection de pilocarpine suivant les indications de Jeanselme et Giraudeau a été complètement négative le 28 juillet 1944 et à nouveau le 5 octobre 1944.

Ces deux modifications nous font craindre la maladie de Hansen et n'ont pas été, croyons-nous, signalées dans la maladie de Schaumann.

Il est intéressant de noter que le traitement de Charpy qui, chez d'autres hanséniens, nous a donné déjà de bons résultats, chez elle, a provoqué une amélioration très nette, effaçant les petites papules lichénoïdes et résorbant les infiltrats des deux placards érythémato-squameux du doigt et du talon.

Parapsoriasis en plaques, ayant résisté au traitement aurique, effacé par une cure d'arsénobenzol, par M. R. Degos.

L... K., 40 ans, est atteint depuis 1941 d'une affection cutanée ayant tous les caractères cliniques et histologiques d'un Parapsoriasis en plaques. Les éléments sont nombreux, épars sur le tronc et les membres supérieurs où ils affectent une figuration digitigrade (Photo Hôp. St-Louis, n° 26.148). Pas de prurit. Réactions de Wassermann, Hecht, Kahn négatives. Aucun antécédent de syphilis. G. R. 3.885.000, G. B. 11.400, poly. neutro. 55, éosino. 4, baso. 3, monocytes 11.

Échec total de la sulfamidothérapie (cure de 32 grammes de Dagénan en 8 jours), de la crysothérapie (4 cures de crisalbine I. V., réparties en 16 mois, totalisant chacune de 1 gr. 50 à 2 gr. 55), et de l'antigène méthylique de Nègre et Bocquet associé à du sulfarsénol à petites doses. Par deux fois, le traitement aurique a provoqué une activation des lésions préexistantes et l'apparition de nouveaux éléments.

De décembre 1943 à février 1944, le malade est soumis à une cure de sulfarsénol (de 0,18 à 0,84 ; total 6 gr. 78). A la fin de cette cure, les lésions sont en voie de disparition, et, sans nouveau traitement, elles s'effacent complètement les semaines ultérieures, à l'exception de 4 petites plaques autour du mamelon droit (photo comparative n° 27.303). Une deuxième cure de sulfarsénol est faite en septembre 1944 pour consolider la guérison. Aucune reprise des lésions n'a été constatée depuis leur disparition obtenue en février 1944.

A notre connaissance, il n'a pas été publié jusqu'ici de guérison de parapsoriasis en plaques par les arsénobenzols. On sait combien cette affection est rebelle aux diverses thérapeutiques, et, après le succès de Ravaut obtenu dans un cas, l'or et les vaccins antituberculeux en étaient devenus les médicaments classiques mais habituellement inefficaces. Il y aura lieu désormais d'essayer les cures d'arzénobenzol à doses suffisantes.

Constructions osseuses provisoires, au cours d'une gingivite bismutho-mercurielle, par MM. Jausion, Cailliau et Carlier.

Un agent de police de 26 ans vient nous consulter, le 8 juillet dernier, pour une blennorragie anormalement tenace, puisqu'en dépit de diverses cures sulfamidiques, elle dure depuis mai 1943, et montre encore des gonocoques. Malgré l'absence de tout commémoratif de chancre, nous pratiquons diverses séro-réactions, dont la forte positivité révèle une syphilis certaine. Nous entamons la cure par trois injections de novarsénobenzol et de bivatol, pour nous heurter tout aussitôt à une intolérance arsenicale. En associant au même sel de bismuth lipo-soluble du cyanure de mercure intraveineux, nous déclanchons, dès la première intervention, une gingivite intense, accompagnée de glossite de la pointe. Le reste de la muqueuse buccale est épargné. Mais partout ruisselle un pus qui témoigne d'une flore polymicrobienne, où prédominent fuso-spirochète et tétragène. Un traitement d'une quinzaine de jours par des bains bicarbonatés, et un collutoire novarsénobenzolé ne donnent que de faibles résultats. Nous instituons alors une cure intensive à la vitamine PP, à raison de 3 ampoules injectables tous les deux jours, ou de 16 comprimés buccaux les jours intercalaires.

Dès le début de cette médication, nous voyons s'édifier une prolifération osseuse surprenante. Il s'agit d'arcatures qui s'implantent sur le périoste alvéolo-dentaire,

tant en avant qu'en arrière des dents de bouche des deux mâchoires, et strictement d'une 2ᵉ prémolaire à l'autre, pour claustrer et encager les dents, par ailleurs intactes. L'arcature postérieure, plus trapue que l'antérieure, se relie à elle par des ponts interdentaires. Cet édifice, fragile par endroits, puisqu'il se fragmente spontanément, nécessite ailleurs la désinsertion au bistouri.

Dès la fin de la troisième semaine du traitement nicotamidique, toute superstructure ostéophytique est tombée. Les dents demeurent intactes, et la bouche est restaurée.

L'analyse chimique qualitative témoigne de la présence de phosphore, de calcium, et de gélatine. L'examen histopathologique montre le départ périostique de néoformations chondroïdes, puis ostéoïdes, et enfin osseuses. Il n'y a ni ostéolyse, ni lacunes de Howship, ni halistérèse. Ce processus d'ostéite condensante se traduit en définitive par la surproduction locale de lamelles osseuses par le périoste irrité, et rappelle les ostéoses éburnées. A notre connaissance, la littérature, tant dermatologique que stomatologique (Dechaume), ne mentionne pas de cas analogues.

Réflexes achilléens inversés, par M. Karatchenzeff (présenté par M. Milian).

Il s'agit d'une malade qui présente une flexion dorsale du pied et les orteils se mettent en extension à l'occasion de la percussion du tendon d'Achille, autrement dit le réflexe achilléen est inversé.

Ce réflexe paradoxal est bien plus marqué à gauche qu'à droite.

L'inversion des réflexes achilléens n'est pas très fréquente, car, dans la thèse récente de Mˡˡᵉ Gillot (1942) qui englobe les 30 dernières années on ne trouve qu'un cas bilatéral et 7 cas unilatéraux, de préférence à droite (4 sur 7) mais, d'après les neurologues, l'inversion n'est pas rare pour d'autres réflexes tels que : rot. olécr., cub., rad., etc...

Cette constatation bilatérale sera donc le 2ᵉ cas publié et est survenue progressivement à la suite d'une érythrodermie vésiculo-œdématique précoce, peu suintante mais tenace, la patiente ne tolérait aucun sulfamide *per os*.

Le début remonte au 1ᵉʳ mai 1943 lorsqu'elle signale la sensation désagréable de « marcher sur les cailloux » qui la fatigue rapidement.

Ce jour-là les Ach = 0. *1ᵉʳ juillet 1943*. Ach. g. = très diminué, dr = ? ; *12 octobre 1943*. Ach. g. = inversé et diminué, dr = 0 ; *15 février 1944*. Ach. g. = inversé, dr. = inversé et diminué. Depuis le réflexe achilléen demeure inversé des deux côtés.

La P. L. n'a rien révélé sauf que la pression était 45 au début et 18 à la fin.

17 juillet 1944. Le Docteur Garcin l'examine sur ma demande et confirme l'existence de l'inversion sans pouvoir me donner l'explication et m'a conseillé de m'adresser au Docteur Bourguignon qui n'a pas encore terminé l'étude de ces troubles nerveux de sorte que les détails seront fournis à la séance suivante.

Cependant l'origine de ces lésions paraît être la syphilis parce que le traitement antisyphilitique sous forme de calomel *per os* provoquait à la fin de chaque cure une réapparition unilatérale ou bilatérale des réflexes normaux ou inversés et leur disparition avait lieu à la fin des repos entre les cures.

Épithélioma plan cicatriciel pigmenté, par MM. A. Touraine et H. Ruel.

Cas typique de cette variété d'épithélioma baso-cellulaire étudiée par l'un de nous (*Ann. de Dermatologie*, 7ᵉ série, t. **6**, n° 9, septembre 1935, p. 785).

♀ de 64 ans, sans autre passé qu'une crise de rhumatisme articulaire aigu à 59 ans.

Début, il y a 5 ans, par une élevure du volume d'une tête d'épingle sur le côté gauche du menton, d'emblée noirâtre. Pas de nævus ni de lésion locale antérieure sur ce point. Depuis 3 mois extension assez rapide, alors que la lésion était restée stationnaire jusque-là. Aujourd'hui, dépression centrale cicatricielle, de 6 × 9 millimètres, à bords abrupts, non pigmentée, non ulcérée ; bourrelet périphérique de 3 à 9 millimètres de large, formé de perles juxtaposées, qui, toutes, sont fortement pigmentées et forment tatouage sur un halo moins pigmenté qui déborde légèrement en peau d'apparence saine. Pas d'anénopathie. Bon état général. Tension 24-10. Urée sanguine 0,23.

Dédoublement du deuxième bruit aortique. Quelques verrues séborrhéiques sur l'abdomen.

Biopsie : Épithélioma baso-cellulaire, dont les lobules intra-dermiques superficiels montrent une surcharge de pigment mélanique extra-cellulaire dans les couches les plus voisines de l'épiderme. Pas de cellules næviques.

Épithélioma sur maladie de Bowen. Récidive post-radiothérapique, par MM. A. Touraine et Gosset.

♂, 78 ans. Aucun passé pathologique. Début en 1929 par un élément de maladie de Bowen, des dimensions d'une pièce de 5 francs sur la partie supérieure de l'épaule gauche ; extension très lente. Peu après, deuxième élément sur la région lombaire gauche de la taille d'une pièce de 1 franc. Assez brusquement, au début de 1939, les deux lésions bourgeonnent activement, deviennent charnues, saignantes, sans adénopathie. Biopsie : épithélioma bowénien classique. Radiothérapie en 16 séances, du 19 avril au 24 juin 1939, 4000 R sur chaque masse. Amélioration considérable, affaissement des bourgeons, cicatrisation presque totale. Mais il persiste au centre des deux lésions une petite ulcération à partir de laquelle se reforme, deux ans plus tard, une masse bourgeonnante.

Malgré la lente extension des tumeurs, le malade ne consulte à nouveau qu'en septembre 1944. Sur l'épaule, l'élément de maladie de Bowen pure a disparu, mais l'épithélioma, redevenu aussi volumineux qu'en 1939, mesure 10 × 6 centimètres, charnu, saillant et étalé. L'élément lombaire, bourgeonnant, mesure 5 centimètres de diamètre. Un troisième élément, de 15 millimètres de diamètre est apparu depuis quelques mois dans la région interscapulaire, d'emblée bourgeonnant. La biopsie retrouve les mêmes lésions d'épithélioma bowénien qu'en 1939.

Pas d'adénopathies. Bon état général. Wassermann négatif.

Le traitement consistera dans une vaste destruction par l'électro-coagulation.

Paralysie générale et névropathies familiales, par M. A. Touraine.

Observation familiale conforme aux vues de Patzig et de Meggendorfer, et montrant le terrain psychopathique héréditaire sur lequel se développe la paralysie générale.

Homme, mort à 55 ans de paralysie générale après une syphilis contractée à 25 ans et mal soignée. Le père et la mère paraissent avoir été normaux. Il a eu 6 frères et sœurs. Sur la sœur aînée, aucun renseignement, non plus que sur ses 4 enfants : on sait seulement qu'elle a brusquement quitté sa famille, très jeune. La deuxième sœur est morte d'un cancer de l'estomac. La troisième sœur, très intelligente, est atteinte d'un rhumatisme chronique déformant. La quatrième sœur est morte, religieuse, à 30 ans, d'une maladie de Friedreich. Le cinquième enfant est notre malade, le probant. Le sixième, prêtre, est tuberculeux. La septième, religieuse, est bien portante.

Lui-même a eu 7 enfants. Les troisième, cinquième, sixième et septième sont morts très jeunes, avant l'âge d'un an. Le premier, un garçon, a des tics et a fait plusieurs fugues. Le deuxième, un garçon, a, lui aussi, fait plusieurs fugues et a été interné : il a un fils de 11 ans, encore bien portant ; la seconde grossesse de sa femme s'est terminée par un avortement spontané à 4 mois. Le quatrième, un garçon, souffre de névrose d'angoisse, en crises fréquentes ; il a eu 6 enfants dont le troisième, un garçon, est idiot, le quatrième est mort très jeune et le sixième, après avoir eu des convulsions dans le premier âge, a souvent des crises épileptiformes.

A noter, en plus des nombreux cas de psychopathies, 6 avortements ou morts précoces qui font penser à l'existence, dans cette famille, d'un facteur létal.

Ichtyose et psychisme, par M. A. Touraine.

L'ichtyose, dans ses diverses modalités, s'accompagne souvent de modifications du psychisme en rapport avec le type héréditaire de la dermatose.

Transmise en *dominance* régulière, l'ichtyose va généralement avec un état intellectuel au moins normal, assez souvent supérieur à la normale, parfois très élevé, et cela dès l'enfance. De plus, j'ai noté chez maints de ces sujets des apti-

tudes particulièrement développées vers les sciences ou arts de précision, de mesure, en particulier vers les mathématiques (cas récents chez un astronome, des polytechniciens, un major de l'École Centrale), accessoirement vers la musique.

Transmise en *récessivité* simple ou sexuelle, l'ichtyose coexiste habituellement avec une intelligence un peu inférieure à la normale; assez souvent j'ai constaté une certaine débilité mentale et même quelques cas d'imbécillité.

L'ichtyose doit donc compter parmi les neuro-ectodermoses familiales, héréditaires et plus particulièrement dans le groupe que je désigne sous le nom de « psycho-ectodermoses ».

Ainsi les variations du psychisme viennent renforcer la distinction que la clinique et la génétique établissent entre les *deux types d'ichtyose* :

— type dominant, hérité en ligne directe, comportant un état physique et psychique au moins normal, sinon supérieur, une bonne résistance vis-à-vis des infections générales et cutanées, une vitalité normale ou supérieure à la normale;

— type récessif, transmis en ligne collatérale, avec un état physique ou psychique au-dessous de la normale, diminution de la résistance vis-à-vis des infections générales et cutanées, vitalité assez abaissée pour que l'on puisse parler de facteur létal ou sublétal.

Action du sérum antidiphtérique en injections intradermiques dans certaines dermatoses squameuses, en particulier le Pityriasis rosé de Gibert, par M. A. Lévy-Franckel.

Nous avons utilisé, depuis 1927, une méthode thérapeutique qui nous a paru donner, dans quelques dermatoses squameuses, n'ayant d'autre caractère commun que de présenter histologiquement de la parakératose, des résultats méritant d'être mentionnés : les injections intradermiques de sérum antidiphtérique purifié, à la dose de 1/4 ou 1/2 centimètre cube, pratiquées 2 fois par semaine, dans la région sus-scapulaire.

Nous n'insisterons pas sur les résultats obtenus dans le psoriasis, publiés antérieurement (1); ils sont inconstants par ce procédé, comme avec tout autre : la proportion est de 12 blanchiments durables sur 30 malades.

La même méthode a été appliquée à 31 sujets atteints de pytiriasis rosé de Gibert; nous insistons sur le fait que dans tous ces cas, il s'agissait de pityriasis en pleine évolution, de nouveaux éléments apparaissant chaque jour; 26 sur 31 ont été guéris rapidement. Chez 15 de ces sujets, le début de la maladie ne remontait qu'à une semaine, ou moins d'une semaine; 6 d'entre eux ont été guéris en 7 jours; chez 9 autres, la guérison a demandé 10 à 15 jours. Nous avons eu 5 échecs, dont une maladie de Milian, dyshidrose et pityriasis, et un sujet qui avait eczématisé ses lésions, par une application soufrée.

Nous n'aurions peut-être pas jugé utile de communiquer ces résultats à la Société, puisqu'il s'agit d'une maladie qui évolue spontanément vers la guérison en 2 ou 3 mois, s'ils n'avaient eu pour conséquence de mettre en lumière deux points qui nous ont paru mériter l'attention : tout d'abord, la rupture, dès la première ou deuxième injection, du cycle évolutif du pityriasis rosé, si spécial qu'on l'a comparé à celui d'une fièvre éruptive; du jour au lendemain, le prurit, presque constant dans la série de malades que nous avons observés, s'atténue ou disparaît. Les éléments perdent leur aspect gaufré, pâlissent et s'effacent. L'apparition de nouveaux éléments cesse. Le fait le plus curieux est peut-être la disparition extraordinairement rapide du médaillon primitif.

Dans 3 cas, et c'est là le second point sur lequel nous désirons attirer l'attention, nous avons constaté, soit au siège de ce médaillon, soit au niveau des éléments secondaires, l'apparition d'achromies post-lésionnelles. Signalées par P. Chevallier

(1) Les nouveaux traitements du Psoriasis. *Journal de Médecine de Paris*, 22 octobre 1936, p. 315, et *Th. Lieber*, Paris, 1937.

dans *Les faux pityriasis rosés*, nous n'avons pas connaissance qu'elles l'aient été dans les formes reproduisant le type évolutif classique du pityriais rosé. Dans une de ces observations, il s'agit d'une femme qui s'était exposée aux rayons solaires, deux mois *avant* l'apparition de la dermatose. Ce fait confirme l'opinion soutenue par Artom et le Professeur Gougerot, à savoir que les taches pityriasiques provoquent un trouble de la pigmentogénèse.

Nous ne pouvons, bien entendu, quant au mécanisme de l'action du sérum, qu'émettre des hypothèses. Les faits de guérison signalés par Benedek, avec l'injection de o cm^3 o3 de culture de *Saccharomyces hominis*, par Niles et Klumpp avec le sérum de convalescent (1), nous inclineraient à penser qu'il s'agit d'une désensibilisation de groupe.

Recherches biochimiques sur la Mélanose de Riehl, par M. P. de Graciansky.

Nous apportons trois ordres de faits :

1° Dans le sang de six mélaniques, les taux des vitamines A, PP, du carotène, du phosphore minéral et des phosphatases (test d'avitaminose D) quoiqu'inférieurs aux chiffres normaux théoriques ne s'écartent pas des chiffres constatés à l'époque actuelle chez des sujets indemnes de mélanose. Le taux sanguin de vitamine C est bas mais comme chez les normaux, se relève en deux jours au cours de l'épreuve de charge.

2° Les courbes d'excrétion urinaire des corps fluorescents de l'urine (test de Beck, Ellinger et Spies, acide indol acétique), ont, chez quatre mélaniques étudiés, pendant un mois, la même allure que chez les témoins sains. L'administration orale ou parentérale de vitamine PP impressionne légèrement les courbes dans un sens variable chez les mélaniques comme chez les sujets normaux.

3° S'opposant à ces résultats normaux ou subnormaux, une franche élévation du cuivre sanguin (méthode à la dithizone de Fischer et Leopoldi) a été constatée dans 9 cas de mélanose, élévation en gros proportionnelle à l'intensité de la pigmentation et d'autant plus marquée que la maladie est plus récente. Dans un seul cas ancien et non évolutif le taux du Cu sanguin était normal. Le taux du Cu est dix fois plus fort en peau pigmentée qu'en peau blanche.

Dans deux lichens pigmentés, dans deux pigmentations phtiriasiques le taux du Cu sanguin était normal.

Nous pensons que le cuivre joue le rôle de catalyseur des oxydations enzymatiques qui aboutissent à la formation des mélanines.

Rapprochant la nervosité des malades, le rôle déclanchant des émotions, l'élévation fréquente du M. B. et le parallélisme établi entre taux du Cu sanguin et intensité de fonctionnement du corps thyroïde nous avons soumis certains malades au traitement de Joulia (hématoéthyroïdine, vitamine C, extrait cortico-surrénal). Dans trois cas, la pigmentation a diminué et le taux du Cu sanguin a baissé.

Résultats tardifs du traitement de la syphilis, par M. Lucien Périn.

Notre statistique porte sur 342 malades de ville traités pour syphilis primo-secondaire par des méthodes diverses, et régulièrement suivis pendant une période de 10 à 24 ans. Nous en avons exclu les malades que nous n'avons vus qu'occasionnellement ou que nous n'avons pu suivre avec régularité.

Sur ces 342 malades, 107 ont été traités selon les principes classiques exposés à la séance du 26 mars 1942 (2) ; 235 ont reçu des traitements variables, s'écartant de ces principes : traitements tardifs ou irréguliers, médications d'activité réduite,

(1) Nicles et Klummp. Pityriasis rosé. *Annales de Dermatologie*, nos 7-8, juillet-août 1941, pp. 295 à 299.
(2) V. *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 26 mars 1942, pp. 226-260.

médications actives employées à doses faibles, recours à un seul médicament, longs intervalles de repos entre les cures, etc.

Les résultats ont été les suivants :

1° *Méthode classique.* — Sur 107 malades ayant contracté la syphilis entre les années 1920 et 1935, régulièrement traités pendant une période de 1 à 4 ans, et mis en observation à la suite de ce traitement, 97, soit une proportion de 90,6 o/o, se sont maintenus en état de *guérison clinique et sérologique* apparemment complète. Chez ces malades les accidents initiaux ont disparu dans un délai de 1 à 3 semaines ; les séro-réactions ont été négativées en 2 ou 3 mois et aucun autre accident ne s'est produit par la suite.

Onze d'entre eux ont présenté une *réinfection syphilitique* survenue de 1 à 11 ans après le début de la première infection (10,3 o/o).

Par contre 10, soit une proportion de 9,4 o/o, ont présenté des *récidives sérologiques ou cliniques* tardives. Ces cas se décomposent comme suit :

Récidives sérologiques : 8 cas (séro-réactions positives sans signes cliniques survenues 1 à 9 ans après l'arrêt du traitement) ;

Récidives cliniques : 2 cas (syphilide nodulaire 2 ans après l'arrêt du traitement, 1 cas ; kératite interstitielle 14 ans après l'arrêt du traitement, 1 cas).

Parmi ces 107 malades, 100 avaient reçu après le traitement d'assaut un traitement d'entretien de 3 à 4 ans (91 cas de guérisons apparentes, 9 cas de récidives) ; 7 avaient été soumis à un traitement d'assaut de 10 à 12 mois, sans autre traitement (6 cas de guérisons apparentes, 1 cas de récidive).

2° *Autres méthodes.* — Sur 235 malades traités par des méthodes inverses (arsenicaux pentavalents, médications faiblement actives ou médications actives à petites doses, traitements monomédicamenteux, médications uniquement buccales, traitements irréguliers, longs repos etnre les cures, etc.), 20, soit une proportion de 8,5 o/o, ont été trouvés indemnes de manifestations ultérieures de syphilis et se sont maintenus en état de *guérison* apparente pendant la durée de leur mise en observation.

Trois d'entre eux ont présenté une *réinfection syphilitique* 8, 14 et 20 ans après le début de leur première infection (1,3 o/o).

184, soit une proportion de 78,2 o/o, ont présenté par contre des *récidives sérologiques ou cliniques* tardives. Ces cas se décomposent comme suit :

Récidives sérologiques, 127 cas (54 o/o) :

a) avec *manifestations cliniques*, 62 cas (26,4 o/o) ;

b) sans *manifestations cliniques*, 65 cas (27,6 o/o.

Récidives cliniques avec sérologie négative, 57 cas (24,2 o/o) :

(gommes, tabès, paralysie générale, aortites, etc.).

En dehors de ces cas où l'origine syphilitique des accidents était manifestement en cause, 29 autres malades (12,3 o/o) ont présenté des accidents dont la nature syphilitique était possible, mais non certaine (hypertension artérielle, céphalée, vésanie, maladie de Basedow, ulcus gastrique, etc.).

Conclusions. — Les chiffres qui précèdent confirment les conclusions adoptées par notre Société dans sa séance du 26 mars 1942.

Les traitements dirigés suivant ces données ont abouti à un pourcentage de guérisons apparentes de 90,6 o/o, contre 9,4 o/o de récidives.

Les traitements dirigés suivant les données contraires ont abouti à un pourcentage de récidives de 78 o/o, chiffre minimum, contre 8,5 o/o de guérisons apparentes.

Nous sommes donc en droit de conclure que dans l'état actuel des choses et sans préjuger des méthodes à venir, la guérison apparente est la règle dans le premier cas, les récidives l'exception. Inversement dans le second cas, les récidives sont la règle, la guérison apparente l'exception.

Élection.

M. J. Leborgne (de Lille) présenté par MM. Gougerot et Degos est élu membre titulaire.

Le Secrétaire : Georges Garnier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1944

Présidence de M. Cl. Simon.

SOMMAIRE

CORRESPONDANCE

Lettre de la « Royal Society of Medecine » de Londres manifestant son désir de rétablir ses relations intellectuelles avec la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie e td'échanger avec elle les publications parues dans les deux pays depuis 1940 concernant notre Société.

Lettre du Consultant de Dermatologie auprès du Quartier Général des Armées Américaines sur le théâtre d'opérations français nous informant de son intention de remettre à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie une série complète des volumes de Dermatologie parus aux États-Unis au cours des années 1939-1943.

LIVRES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ

L'actualité dermato-vénéréologique, n° 1. Édition : l'expansion scientifique française.

DÉCISIONS PRISES

1° Les collègues israélites dont les noms n'avaient pu figurer comme auteurs de communications publiées de 1940 à 1944 pourront faire paraître une rectification dans le *Bulletin*. — 2° Une commission pour l'étude des traitements intensifs rapides de la syphilis est constituée, comprenant MM. Coste, Degos, Durel, Gougerot, Touraine et Tzank.

PRÉSENTATION DE MALADES

Les néoplasies mésodermiques difficiles à classer réticulo-sarcomatose, par MM. H. Gougerot, Burnier, B. Duperrat et de Sablet.

Cette observation est à verser au dossier des néoplasies mésodermiques difficiles à classer, qu'autrefois on aurait intitulé lympho-sarcomatoses et qui, maintenant, sont étiquetées réticulo-endothélio-sarcomatoses.

Le n° 143.075, âgé de 57 ans, est entré à l'hôpital le 24 octobre 1944 pour une éruption nodulaire généralisée, apparue en août 1944. D'abord peu nombreux, les éléments sont devenus presque confluents, ne laissant apercevoir que de faibles parties de peau saine.

Ce sont des nodosités dermo-hypodermiques de la grosseur d'une lentille à une noisette, arrondies, saillantes, infiltrées, de coloration rouge brunâtre, parfois purpuriques aux jambes, siégeant sur tous les téguments sauf sur la paume des mains et la plante des pieds. On trouve quelques éléments au cuir chevelu et deux éléments sous-conjonctivaux à l'œil droit.

Ces lésions nodulaires, qui rappellent les tubercules lépreux par leur teinte et leur élasticité, ne sont ni douloureux, ni prurigineux, pas d'hypoesthésie.

Aux organes génitaux, on constate des noyaux indurés dans les deux testicules et dans l'épididyme droit. Prostate légèrement hypertrophiée. Pas d'augmentation de volume des ganglions, de la rate ni du foie. Température normale.

Fatigue générale, amaigrissement notable, surdité prononcée (?). Pas de modification de la diurèse. T. A. 12-6.

Examens du sang : séro-réactions de Bordet-Wassermann et Kahn négatives. Globules rouges, 3.010.000 ; globules blancs, 4.500 ; polyneutrophiles, 36 ; éosinophi-

les, 0,5 ; basophiles, 4 ; grands mononucléaires, 9, moyens mononucléaires, 31 ; lymphocytes, 14. Myélogramme normal.

Fond d'œil normal.

Histologie. — La biopsie de deux nodules montre la présence dans le derme et dans l'hypoderme d'infiltrats très denses, constitués par des éléments cellulaires polymorphes réalisant tous les aspects intermédiaires entre deux types : un type d'éléments allongés et anastomosés les uns avec les autres, un type d'éléments libres, arrondis, à protoplasma clair à noyau rond central. Les mitoses sont très fréquentes.

La périphérie du nodule montre un mode d'essaimage un peu particulier sous l'aspect de fusées cellulaires s'insinuant entre les travées collagènes.

Il s'agit histologiquement d'une réticulo-sarcomatose maligne, à différenciation lymphoblastique.

Un essai de radiothérapie a été fait par M. Giraudeau.

Les érythèmes squameux indéterminés, par MM. H. Gougerot, A. Carteaud et B. Duperrat.

Il n'est pas rare de rencontrer des lésions érythémato-squameuses qui soulèvent des problèmes de classification, impossibles à résoudre actuellement faute d'étiologie.

La malade 143.320 en est un nouvel exemple entre plusieurs. Les lésions du coude faisaient croire à du psoriasis classique, les lésions des jambes à du lichen plan classique. Or la biopsie a montré qu'il ne s'agissait ni d'un psoriasis, ni d'un lichen.

Cette malade âgée de 23 ans a, depuis l'âge de 15 ans, avec des alternatives de recrudescence et de rémission, sans raison connue et sans jamais disparaître complètement :

1° Des lésions guttata isolées ou confluentes des avant-bras, des bras, de l'abdomen, du thorax, plus nombreuses à la face postérieure des coudes et dans le dos. Quelques éléments dans le cuir chevelu, sans lésions du visage. Ces éléments donnent le signe de la tache de bougie et de la pellicule décollable comme dans le psoriasis ;

2° A la partie antérieure des jambes de nombreuses papules aplaties et violacées, légèrement striées, brillantes, isolées, confluentes, apparues depuis un mois seulement, sans lichen buccal.

Histologie. — 1° Biopsie du bras : une couche d'orthokératose alternant avec les zones de parakératose recouvre un épiderme hyperplasié contenant plusieurs mitoses. La limite dermo-épidermique conserve un aspect normal. Infiltrat lympho-histiocytaire autour des vaisseaux. A noter, l'absence totale de nids de polynucléaires ;

2° Biopsie de la jambe : l'aspect histologique est à peu près le même que celui du bras et ne diffère que par l'épaisseur exagérée de la couche granuleuse.

Kraurosis pénis spontané, par M. Georges Garnier.

Les scléroses préputiales posent un problème nosologique et étiologique qui n'est pas sans intérêt, c'est pourquoi j'ai voulu rapporter l'observation suivante :

S..., 50 ans, vient consulter en mars 1944 pour un prurit scrotal et pénien avec irritation du gland durant depuis près de deux ans. Mais, depuis six mois, le malade s'est aperçu qu'il ne pouvait plus découvrir son gland, le prépuce infiltré ayant perdu toute souplesse.

A l'examen, on constate que tout le limbe préputial est infiltré, dur, avec des fissures, des érosions, qui saignent à la moindre tentative tendant à découvrir le gland. La palpation permet d'apprécier un véritable blindage du prépuce sur une hauteur d'un centimètre. En éversant le limbe préputial, on constate une coloration un peu blanchâtre de la face interne du prépuce. Le méat ne paraît pas modifié, mais son exploration est difficile, car l'orifice préputial ne permet de découvrir qu'une petite surface du gland.

Il n'existe aucun ganglion inguinal, aucune éruption cutanée ou muqueuse.

Aucun antécédent digne d'être noté, notamment pas de maladie vénérienne, le Wassermann, le Hecht, le Kahn sont négatifs, les réflexes tendineux pupillaires normaux.

Des soins de désinfection locale améliorent rapidement le prurit et l'irritation préputiaux.

Le testostérone en injections intramusculaires, puis une série de bismuth soluble (n° 16) ne modifient guère l'infiltration préputiale.

Une deuxième série de bismuth insoluble (n° 16) n'a pas plus d'action. L'orifice préputial semble au contraire moins souple, moins grand. Toute rougeur, toute irritation

ont disparu. Le méat paraît normal, mais on constate un aspect blanchâtre du gland tout autour de lui.

En résumé, il s'agit d'un kraurosis pénis qui s'est installé progressivement après une phase de prurit et d'irritation préputiaux.

Aucune autre lésion cutanée ou muqueuse ne permet d'évoquer le lichen scléreux ou la sclérodermie comme dans certaines observations (Gougerot-Touraine). La leucoplasie vraie ne paraît pas en cause et la syphilis n'a pu être retrouvée chez ce patient.

Aucune intervention antérieure sur le prépuce, ce qui élimine la B.X.O.P.O. de Stühmer.

Je n'ai pas retrouvé non plus la phase de balanite antérieure récidivante sur laquelle insistait Fournier et plus récemment les auteurs lyonnais (Favre, Gaté, Ph. Laurent). Il semble donc s'agir d'un *kraurosis pénis spontané* comme le conçoit Delbanco. Les traitements essayés n'ayant pas donné de grands résultats, je vais conseiller à ce patient la résection chirurgicale de ce phimosis scléreux.

Éruption post-aurique à type de lupus érythémateux, par M. Georges Garnier.

Cette jeune fille de 15 ans m'est adressée le 25 septembre 1944 pour une série de lésions de la face et des extrémités :

1° Au visage, on constate sur tout le nez et la région voisine des joues un érythème en papillon, un peu œdémateux, avec une desquamation légère et hyperkératose discrète, mais sans kératose ponctuée nette. Cet érythème a des limites supérieures particulièrement nettes suivant la ligne d'application des lunettes que porte cette jeune fille. Sur les régions massétérines, érythème diffus et discret ;

2° Les lèvres ont une teinte violacée et sont parsemées de stries blanchâtres sèches ;

3° La face interne des joues est le siège d'une éruption de stomatite lichénoïde ;

4° Aux mains, la face palmaire de tous les doigts a un aspect rouge sombre violacé avec un début de desquamation sèche kératosique. On retrouve les mêmes lésions sur la face dorsale des troisièmes phalanges ;

5° Aux pieds, érythème en nappe de la face plantaire des orteils débordant sur la région plantaire proprement dite.

L'interrogatoire précise que cette jeune fille de 15 ans 1/2, un peu chétive, non réglée, a présenté en juin 1943 un rhumatisme des poignets et des orteils qui fut considéré comme un rhumatisme infectieux tuberculeux malgré une cuti-réaction négative et l'absence d'autres antécédents bacillaires. On institua un traitement par les sels d'or sous forme d'allochrysine : 15 injections de 5 centigrammes, trois séries semblables séparées par deux mois de repos. C'est à la fin de cette troisième série et au retour d'un séjour à Mégève que débutèrent les lésions cutanées.

En l'absence d'examen histologique, on peut discuter le diagnostic de cette éruption :

S'agit-il d'aurides à type de lupus érythémateux comme il existe des aurides à type de lichen plan ? ou de lupus érythémateux vrai de forme centrifuge disséminée. C'est cette deuxième hypothèse qui me paraît la plus vraisemblable étant donné le caractère des lésions et il semble que l'apparition de cette éruption ait été ici la résultant de trois facteurs : le terrain tuberculeux, l'influence de la lumière vive d'un séjour en altitude et celle des sels d'or.

Mais s'il existe des observations de lupus érythémateux ayant subi une poussée évolutive au cours d'un traitement aurique, je n'ai pas retrouvé signalée l'apparition de lupus érythémateux chez un patient indemne de cette affection avant l'administration de cette médication. C'est ce qui fait l'intérêt de cette communication.

Hémispasme facial, datant de 2 ans, considéré comme primitif, rapidement guéri par le traitement antisyphilitique, par M. Karatchentzeff (présenté par M. Milian).

La malade m'a consulté pour deux autres raisons :

1° Extrême fatigue sans cause apparente avec douleur spontanée dans la région scapulaire gauche, l'obligeant souvent à s'allonger ;

2° Constipation depuis dix ans.

C'est en examinant la malade que je constate un hémispasme facial gauche que la malade ne m'a pas signalé parce que plusieurs médecins lui ont dit que c'est inguérissable. Ce fut également l'avis de deux médecins éminents qui ont examiné cette malade sur ma demande.

Cependant, ma constatation de quelques signes de spécificité : légère leucoplasie commissurale bilatérale, rate percutable, céphalée frontale et pariétale fréquente, choriorétinite pigmentaire bilatérale au niveau des macules, enfin Desmoulière douteux, m'ont fait penser à la possibiilté de l'origine syphilitique de l'ensemble et à instituer un traitement d'épreuve par le CyHg.

Après la troisième injection, la fatigue dite « sans cause » commence à diminuer et après 30 injections la malade est transformée : fatigue et constipation ont disparu faisant place à un réel bien-être.

Quant au spasme, il ne subsistait que sous la forme d'un léger tremblement interne ressenti par la patiente mais devenu invisible, rare et réduit seulement au niveau des paupières gauches. De plus, la patiente peut, maintenant, par effort de volonté faire cesser ce spasme ou empêcher son apparition. Elle peut lire sans gêne et la durée du restant de chaque spasme est réduite de quelques seconds à quelques minutes alors qu'il était en état subintrant.

D'après le docteur Garcin que j'ai consulté à ce sujet, c'est le premier cas de guérison d'u nhémispasme facial primitif, de là la raison de cette publication.

COMMUNICATIONS

Résistance (accidents nerveux) au cours du second traitement pratiqué par le sel de bismuth utilisé dans le premier traitement mixte (914 bismuth), par M. Gouin (Evreux).

L'observation qui va suivre est intéressante à plusieurs points de vue : elle met en discussion la résistance, l'intolérance, la réaction d'Herxheimer, une sérologie paradoxale, mais le point dominant est l'échec thérapeutique.

Observation. — La nommée Q... L., âgée de 21 ans, hospitalisée le 2 février 1944, présente des syphilides papulo-hypertrophiques de la région périnéo-vulvaire. Le Bordet-Wassermann est positif. Tous les appareils sont normaux. Elle est mise au 914 et muthanol ; mais on suspend le novar à 4 gr. 50 ; la malade fait de l'intolérance, céphalée, nausée, vomissements, diarrhée ; le muthanol est poursuivi ; la malade reçoit du 2 février au 30 mars : 4 gr. 50 de 914 et 16 muthanol. Le Bordet-Wassermann est négatif. Le 11 avril, la malade est remise au traitement (muthanol). Le 22 avril, elle s'alite, le lendemain un médecin est appelé et fait le diagnostic de quadriplégie avec aphasie et ordonne son transfert à l'hôpital. En raison des circonstances, elle y entre le 12 mai. Les accidents nerveux ont disparu, la malade marche et parle.

Discussion. — L'échec thérapeutique est-il le fait du novar, du bismuth ou des deux médicaments ? La clinique, pas plus qu'elle ne peut prévoir une résistance, ne peut déceler le ou les médicaments responsables de cette résistance. Cependant à la deuxième injection, nous avons observé les signes en miniature qui sont pour nous annonciateurs d'une résistance, mais sans préciser quel médicament. Le 914 est-il en cause ? En tout cas, on ne peut l'utiliser par la suite, la malade est intolérante. On dirait plus volontiers que le bismuth est le responsable de cette résistance, puisque les accidents sont apparus à la quatrième injection de bismuth, mais on peut tout aussi bien supposer que les accidents sont une réaction d'Herxheimer, ils ont été éphémères donc du type Herxheimer.

Mais il faut traiter la malade : on dit et on écrit qu'un syphilitique résistant à un arsenical est résistant à tous les arsenicaux, résistant à un bismuth et résistant à tous les autres bismuth, sauf exception ; rupture bismuthique ; ce n'est pas notre avis : un malade peut être résistant à un trivalent et ne pas l'être à un autre trivalent, il en est ainsi des bismuth et des mercuriaux.

La leucocyto-réaction va permettre de solutionner le problème : trois semaines après le quatrième muthanol, une leucocyto-réaction est faite au novar ; celle-ci est négative ; trois semaines après la leucocyto-réaction au novar, une leucocyto-réaction est faite au muthanol, celle-ci est positive. La malade est remise au muthanol. Le Bordet-Wassermann qui était négatif redevient positif et vire à la négativité en fin de série. S'il n'y eut pas à nouveau une réaction clinique d'Herxheimer, il y eut une réaction biologique d'Herxheimer. Périodiquement, nous rapportons ici des cas de résistance, pour montrer que celles-ci ne sont pas imprévisibles, comme on le dit ; on peut de même en déceler la cause *a posteriori* comme on peut la prévoir. Les résistances sont d'ailleurs plus fréquentes qu'on ne le dit, car la clinique ne peut affirmer dans quel cas une disparition des accidents syphilitiques est le fait d'une thérapeutique bonne ou mauvaise.

Acrodermatite ponctuée kératogène (dites « engelures 1940 »), par MM. A. Touraine et L. Golé.

Maintenant le point de vue que l'un de nous a soutenu ici les 12 décembre 1940 et 9 octobre 1941, nous continuons à séparer des engelures le tableau clinique désigné sous ce titre. Les années 1942 et 1943 ont été riches en cas d'engelures, alors que cette acrodermatite avait disparu. Nous venons d'en revoir, en septembre, en période donc très tempérée, trois nouveaux cas.

L'un d'eux chez une femme de 21 ans, est intéressant. De décembre 1943 à avril 1944, plusieurs poussées d'engelures banales se sont succédées aux mains. Vers le 25 septembre, apparaissent une quinzaine d'éléments d'acrodermatite ponctuée kératogène typique sur les mains et les doigts, qui guérissent en une vingtaine de jours. Depuis le début de novembre, nouvelle poussée d'engelures banales, dont certaines ulcérées, près des articulations, tout autour et à l'extrémité des doigts. Bon état général, règles normales, aucun signe de tuberculose ; radioscopie négative. Cuti-réaction à la tuberculine moyennement positive. Donc, en résumé, chez un porteur d'engelures, poussée d'acrodermatite ponctuée kératogène, d'allure clinique bien spéciale.

La polykératose congénitale, par M. A. Touraine.

Dans un esprit de synthèse, je réunis sous ce nom : 1° la kératose palmo-plantaire soit diffuse (type Thost-Unna), soit ponctuée ou striée ; 2° l'hyperidrose palmo-plantaire ; 3° les éléments du syndrome de Jadassohn-Lewandowsky (ou de Schäfer ou de Siemens), c'est-à-dire, outre la kératose palmo-plantaire, la pachyonychie, les kératoses folliculaires, les kératoses en plaques ou en foyers de la peau et des muqueuses (leucoplasiformes sur la langue, la muqueuse pituitaire, et même l'oreille moyenne, le larynx, la cornée) ; 4° les érythrodermies ichtyosiformes congénitales en dominance ; 5° les érythrodermies et les kératodermies généralisées y compris le type « famille Lambert » ; 6° le kératome malin grave ou atténué (type (fœtus arlequin ») ; 7° des ichtyoses transmises en dominance ; 8° des onychogryphoses et des pachyonychies, avec ou sans kératose sous-unguéale ; 9° des leucoplasies non syphilitiques. A ces éléments s'ajoutent assez souvent des bulles spontanées ou traumatiques, de l'hypertrichose (hypotrichose locale au cas de kératose folliculaire), diverses hyperplasies des dents, ongles, glandes sébacées et sudoripares, une certaine hyperactivité psychique qui peut aller jusqu'à l'hypomanie.

Sa caractéristique générale est donc de consister en hyperplasies ou hyperfonctionnements. Elle comporte un bon état général, une longévité normale et une résistance élevée vis-à-vis des infections cutanées, viscérales ou générales. Son pronostic est, par suite, favorable.

Cette assez fréquente génodermatose obéit à la règle mendélienne de dominance presque toujours régulière, quelquefois avec conducteur. Elle est le type des « chaînes » héréditaires et peut, comme elles, se transmettre au complet par linkage absolu, ou, à la suite, de crossing-over, disjoindre ses maillons, par linkage partiel, en formes incomplètes, pauci- ou monosymptomatiques. Elle paraît s'apparenter de très près et peut-être même se confondre avec l'épidermolyse bulleuse hyperplasique ou simple et constituer, avec elle et d'autres hyperplasies, une même « chromosomie ».

Les arsénoxydes dans la syphilis récente, par MM. Touraine, Lortat-Jacob, Ruel et Gosset.

73 syphilis primo-secondaires traitées par les arsénoxydes français (25 par le fontarsan, 48 par le fontarsol). 15 injections quotidiennes de 0 gr. 12 (0 gr. 10 pour le fontarsan).

Résultats. — L'examen à l'*ultra* devient négatif en 1 à 3 jours (en général en 2). *Chancre* épidermisé en 10 à 18 jours. *Roséole* disparue en 10 à 15 jours. *Plaques érosives* desséchées en 3 à 10 jours, épidermisées en 12 à 17 jours. *Plaques hypertrophiques* affaissées en 7 à 16 jours, disparues en 20 à 40 jours. *Syphilides palmaires* disparues en 25 à 30 jours. Donc résultats cliniques comparables ou un peu supérieurs à ceux des arsénobenzènes. *Sérologie* presque toujours encore positive à la fin de la série (atténuée dans 5 cas, négativée dans 1 cas, de négative devenue positive dans 1 cas), recherchée 30 à 55 jours après le début s'est atténuée dans 6 cas et négativée dans 3 autres.

Incidents. — Douleurs veineuses presque constantes avec le fontarsan, 5 fois sur 48 avec le fontarsol ; difficulté progressive des injections ayant nécessité 3 fois l'arrêt du traitement. Nausées et vomissements dans la moitié des cas avec le fontarsan, 9 fois sur 48 avec le fontarsol, ayant nécessité 2 fois l'arrêt du traitement. Un choc dentaire, 2 crises douloureuses abdominales. Une crise douloureuse scapulaire. Un coryza immédiat. Une crise épileptiforme. Une crise de tachycardie. Céphalée : 3 cas ; courbature, malaises : 5 cas. Érythème : 5 cas. Réaction fébrile : 12 fois de 37°5 à 38°, 6 fois de 38° à 38°5, 2 fois de 38°5 à 39°, 3 fois de 39° à 39°5, 1 fois de 40°5 ; arrêt de traitement nécessaire chez deux malades. Pas d'ictère ni d'agranulocytose ni d'encéphalite, jusqu'ici.

Ces résultats sont très comparables à ceux des arsénoxydes (mapharsen et chlorarsen) utilisés aux États-Unis.

Les arsénoxydes supportent donc la comparaison, au point de vue clinique, avec les arsénobenzènes ; ils stérilisent rapidement les lésions ; la sérologie reste habituellement positive à la fin de la série et ne vire que plus tard. Un traitement bismuthique ultérieur est indispensable. L'assez grande fréquence des incidents immédiats, locaux ou généraux, rend l'hospitalisation très recommandable. La principale indication des arsénoxydes paraît être le blanchiment rapide des lésions, notamment chez les prostituées, à la condition d'une surveillance de près par des médecins avertis.

Note sur le traitement de la syphilis par les arsénones, par M. P. Vigne.

Nous avons eu l'occasion de traiter un certain nombre de malades atteints de syphilis à diverses périodes par le nouveau composé trivalent de l'arsenic, le chlorhydrate de dichlorure d'hydroxyamino-arsine (2591 R. P.) et les résultats de cette première série ont été publiés dans le *Marseille Médical*, numéro du 15 mai 1944.

Depuis, une nouvelle série de malades a subi le même traitement et les résultats sont venus pleinement confirmer ce que nous pensions du 2591 et se sont montrés aussi bons que ceux obtenus avec le mapharside américain, dont nous avons pu faire également l'essai.

Technique utilisée. — Les malades reçoivent une série de 14 à 15 injections intraveineuses, quotidiennes, de 0 gr. 12 du produit, dissous dans 5 centimètres cubes d'eau bidistillée (la première dose étant réduite de moitié). Condition essentielle : 6 heures de jeûne avant et après l'injection.

Résultats obtenus. — 1° Action sur les accidents cutanés : les accidents primaires et secondaires sont cicatrisés rapidement, quelquefois dès après la septième injection.

Les accidents tertiaires ont rapidement rétrocédé et ceci sans l'adjonction classique d'iodure.

2° Action sur la sérologie : l'action du 2591 sur la sérologie a paru plus lente que sur les accidents, très probablement par inertie sérologique, mais la négativation est en général obtenue une quinzaine de jours après la fin de la série.

La recherche de l'indice de Vernes a été ici très intéressante et dans l'article précité nous avons présenté toute une série de courbes montrant, après un crochet positif, une descente régulière vers le zéro.

Les incidents. — Ils ont été peu fréquents et toujours minimes. Nous avons observé : des brûlures et des picotemenets dans la bouche, une rhinorrhée légère, des nausées (quelquefois suivies de vomissements chez les femmes — en particulier chez celles qui n'observaient pas le jeûne), enfin une certaine douleur, peu pénible d'ailleurs, dans le bras lors de l'injection. Jamais d'accidents graves, pas de crises nitritoïdes.

En résumé, nous considérons le 2591 comme un agent thérapeutique efficace de la syphilis à toutes ses périodes. Plus riche en arsenic que le novar, d'élimination facile, il permet d'agir rapidement sur les accidents contagieux et par là même, sa valeur thérapeutique se double d'une grande valeur prophylactique.

Le seul reproche à lui adresser, c'est de nécessiter des injections quotidiennes, ce qui limite son emploi à la clientèle de ville ou aux malades hospitalisés, les séances de traitement dans les dispensaires antivénériens n'étant le plus souvent que bihebdomadaires. Néanmoins il serait souhaitable que ceux-ci, et surtout ceux qui traitent les prostituées, soient régulièrement pourvus, par les soins du Ministère de la Santé publique, de ce médicament dont l'action sur les accidents contagieux s'est montrée si rapidement énergique.

Sur un projet d'étude concertée des arsénones, par M. P. Durel.

Les travaux dont nous avons maintenant connaissance montrent, qu'en Amérique, les arsénones ne sont plus employés comme une réplique du novarsénobenzène mais comme un antisyphilitique ayant sa personnalité propre ; c'est cette position que nous défendons depuis 1942.

Quel que soit l'intérêt des recherches de laboratoire, ce sont les essais cliniques qui nous fixeront sur la meilleure posologie et sur l'incidence des réactions thérapeutiques. L'École syphiligraphique française a apporté sa marque originale à l'étude de la posologie et des accidents du 914, elle a une part presque exclusive dans l'étude de la bismuthothérapie, elle se doit — pensons-nous — de fixer, sans plus tarder, toute son attention sur les arsénones.

Pour que les résultats de cette étude soient plus rapides et plus utiles à tous, nous proposons que l'on choisisse parmi les différentes posologies des arsénones quelques types de traitement et nous proposons également que les incidents soient classés dans des catégories définies à l'avance afin que, chacun parlant la même langue, nos résultats soient plus comparables.

Les posologies qui pourraient être choisies pour un premier groupe d'études pourraient être les suivantes, en utilisant le dichlorure (2591 R. P., Fontarsol), plus pur que l'oxyde :

1° *sans bismuthothérapie simultanée :*

20 injections quotidiennes de 0 gr. 06 ;

12 injections quotidiennes de 0 gr. 06 ou bien la modalité voisine proposée par M. Tzanck ;

20 injections de 0 gr. 12, faites un jour sur deux ;

15 injections quotidiennes à 0 gr. 10.

2° *En intercalant le bismuth*, on pourrait essayer, pour une thérapeutique ambulatoire : 12 injections, bi-hebdomadaires, de 0 gr. 15 + 12 injections, bi-hebdomadaires, de 0 gr. 08 de bismuth liposoluble.

Les incidents pourraient être classés avec un nombre de croix correspondant à leur intensité et à leur durée (douleur dans le bras de moins d'une demi-heure, douleur dans le bras d'une demi-journée, nausée seule, nausée plus vomissements, etc.).

Encéphalopathie par un arsénoxy. Crises convulsives, coma, hémiplégie, guérison. Nouvelles injections d'arsénoxy sans réaction, par MM. Coste, Marceron, Durupt et Denigaut.

H... Paulette, entre à Saint-Lazare pour chancre du col et Bordet-Wassermann positifs. Mise au 4000. M., reçoit 0 gr. 10 le 21 juin 1944. Le lendemain, céphalée et roséole, puis atténuation ; le 28, poussée thermique à 39°3, le 29 (9e jour), céphalée intense et cinq crises convulsives séparées par un état de torpeur de plus en plus marquée. Le 30, coma. La malade avait reçu 0 gr. 72 de l'arsénoxy. P. L. le 29, tension normale, liquide clair, 2 cl. par mm^3, Alb. 0,25, Benjoin : 002220022000000, B.-W. H_5. Transfert à Cochin. Persistance du coma, paralysie faciale droite type central, puis hémiplégie et signes d'excitation pyramidale à droite. Adrénaline. Infiltrations stellaires faisant sortir quelques instants le sujet de sa léthargie. Vers le 14 juillet 1944, sortie progressive du coma. Un mois après le début des accidents, la malade est redevenue normale, légère fatigue du côté droit. Le 1er septembre 1944, injection intraveineuse de 4.000 M. sans réaction. Le 17, nouvelle injection de 0 gr. 05, pas d'incident.

Valeur du traitement de Pollitzer-Chevallier, par MM. F. Coste, Demanche et Durupt.

On se préoccupe à juste titre du traitement à appliquer aux syphilitiques à leur retour de captivité. La cure d'arsénoxyde elle-même qui nécessite une hospitalisation de 15 à 20 jours apparaît trop longue et, pour diverses raisons, difficile à leur faire accepter. Le procédé de Pollitzer-Chevallier (injection journalière de 0 gr. 90 de novarsénobenzol pendant 3 jours, puis renvoi du malade dans ses foyers avec un traitement bismuthique) permettrait peut-être de concilier les exigences de la prophylaxie et l'impatience des malades. Une enquête sur 1.576 Pollitzer pratiqués à l'Hôpital Cochin en démontre la parfaite innocuité et la valeur thérapeutique.

A propos de la sulfamidothérapie des gonococcies, par MM. Cl. Huriez, G. Patoir et J. Leborgne (Lille).

La sulfamido-résistance des affections gonococciques a atteint une gravité qui ressort de toutes les statistiques provenant des dispensaires, des consultations ou des services hospitaliers. Les facteurs qui l'ont engendrée, relèvent soit du malade, soit du microbe.

1° *En ce qui concerne le terrain*, on pourrait incriminer un affaiblissement actuel des moyens de défense de l'organisme. Mais il s'agit d'un phénomène lié au gonocoque et la clinique générale ne montre rien de semblable au cours des infections à pneumocoques, à streptocoques ou à staphylocoques. Les recherches sur l'allergie cutanée, l'hémogramme, la production d'anticorps et l'exploration du S. R. E. seront rapportées ultérieurement.

2° L'*accoutumance du gonocoque au sulfamide* apparaît plus vraisemblable. Il est, en effet, mis en présence de sulfamides avec une exceptionnelle fréquence dans des conditions qui sont encore favorables à sa reproduction. Les cures à posologie insuffisante et surtout les prises modestes mais répétées de sulfamides des prostituées avant le prélèvement de contrôle, en sont responsables.

Des constatations pratiques ont conduit à modifier progressivement la conduite thérapeutique afin de mieux l'adapter au problème de la sulfamido-résistance.

Les auteurs sont arrivés à une formule de traitement triple qui associe au bactériostatique, un médicament de choc et des soins locaux.

1° *Sulfamide.* — Les thiazolés ont fourni les meilleurs résultats. La posologie adoptée est de 10 grammes par jour donnés en deux prises de 5 grammes matin et soir pendant 7 jours.

2° *Le médicament de choc.* — L'efficacité de ces médicaments qui procèdent plus de la sensibilité du gonocoque au choc thermique que d'une exaltation de la

phagocytose, paraît fonction de la fièvre provoquée. Le Dmelcos s'est avéré comme le procédé de choc le plus régulier et le plus maniable ; son injection intraveineuse est répétée au 1er, 4e et 7e jour de la cure sulfamidée.

3° *Les soins locaux.* — La glycérine sulfamidée à 20 o/o en instillation uréthrale ou en pansements cervicaux a fourni quelques succès. Le sérum antigonococcique local a une efficacité réelle. Mais ce sont encore les antiseptiques banaux (permanganate de potasse) qui ont donné les meilleurs résultats.

Le traitement triple, malgré sa parfaite tolérance habituelle n'est pas à considérer comme une méthode ambulatoire. Il nécessite un repos absolu, un régime strict et une surveillance médicale constante.

Persistance de gonocoques après sulfamidothérapie. Disparition à la suite de tamponnements vaginaux de sérum antigonococcique, par MM. R. Degos et G. Garnier.

On sait avec quelle fréquence la blennorragie féminine se montre rebelle à la sulfamidothérapie. Frappés du nombre des malades qui présentaient encore des gonocoques dans leur sécrétion vaginale après une cure par les sulfamides, nous avons utilisé le procédé préconisé par M. Rabut (1), qui consiste à faire des tamponnement au sérum antigonococcique chez ces porteuses de germes résistantes.

Chez nos malades, les prélèvements pour la recherche du gonocoque ont porté sur les sécrétions cervicales. Il s'agissait de malades présentant des pertes vaginales abondantes ou une cervicite évidente. Le gonocoque était recherché par une coloration sur lame (méthode de Gram). Jamais nous n'avons eu recours à des cultures.

Nous avons employé les sulfamides exclusivement par voie buccale, tantôt le sulfothiazol (Thiazomide), le plus souvent la sulfapyridine (Dagénan). Les comprimés étaient administrés par prises régulièrement espacées. Notons que presque toutes nos malades (hospitalisées) étaient des syphilitiques primaires ou secondaires soumises en même temps au traitement arsénobenzolique. Aucune n'a présenté d'accidents ni même d'incidents.

Sur 24 malades porteuses de gonocoques, nous avons obtenu la disparition du gonocoque après une seule cure de sulfamide (en moyenne 44 gr.) dans 12 cas, soit 50 o/o.

Sur les 12 autres, nous avons repris les sulfamides dans 4 cas (33 o/o) et après une deuxième cure (en moyenne de 39 gr.), les gonocoques ont disparu.

Dans 8 cas (66 o/o), nous avons adopté la méthode de Rabut et fait chaque jour un tamponnement vaginal au sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur et constaté la disparition des gonocoques après 5 à 8 tamponnements (7 en moyenne).

On peut se demander comment agissent les tamponnements de sérum antigonococcique : n'ont-ils qu'une action adjuvante sur des gonocoques dont la vitalité a été diminuée par les sulfamides ? Il ne le semble pas puisque dans deux cas, nous avons observé la disparition des germes sans emploi préalable de sulfamides. On peut penser que le sérum antigonococcique agit en pareils cas de la même façon que le sérum antidiphtérique en applications locales chez les porteurs de germes.

Quoi qu'il en soit, la méthode est d'application simple et facile et peut épargner à la malade une nouvelle cure sulfamidée. Elle mérite donc d'être employée dans tous les cas de gonococcie féminine résistant aux sulfamides.

Sur le traitement iodé de certaines dermites et l'origine dyslipoïdique possible de ces dernières, par MM. A. Nanta et P. Garric (Clinique dermatologique de Toulouse).

La notion déjà ancienne de l'heureux effet du traitement iodé dans un certain nombre de dermatoses d'origine mycosique jointe à celle que nous avons mise en

(1) R. Rabut. Le sérum antigonococcique dans la blennorragie féminine. *L'Hôpital*, janvier 1943.

évidence dans certaines dyslipoïdoses (xanthomes, lipoïdo-protéinose d'Urbach), nous a amenés à étendre le champ d'action du traitement iodé dans diverses dermatoses.

Nous avons ainsi été conduits à traiter par l'iode :

1° Certaines dermites des régions découvertes à type de lucite ou de dyshidrose associée à de grands décollements bulleux ou à des lésions eczématiformes des membres et de la face ;

2° Certains grands eczémas plus ou moins chroniques dans lesquels des poussées dyshidrosiques apparaissent de façon épisodique ;

3° Certains eczémas chroniques même sans manifestations dyshidrosiques.

Dans tous ces cas nous avons essayé de déterminer aussi souvent que possible le taux des lipides du sang en particulier du cholestérol. Nous avons noté quelques modifications légères et dans deux cas une hypocholestérolémie des plus nettes.

Malgré le petit nombre — une trentaine — et la variété des dermatoses que nous avons traités par l'iode, nous pensons que l'origine dyslipoïdique de ces manifestations doit être retenue pour une bonne part, surtout si l'on se rappelle que dans les dyslipoïdoses confirmées le test sanguin est des plus variables (formule normale ; hyper ou hypocholestérolémie, etc...).

Le traitement qui a notre préférence est le suivant :

Injection intraveineuse de 2 centimètres cubes de lugol à 1 o/o décoloré par adjonction d'une quantité suffisante d'une solution d'hyposulfite de soude à 20 o/o. Les injections sont répétées tous les deux jours jusqu'à un total de quatre à cinq ou davantage.

Lorsque les injections intraveineuses sont impossibles pour une raison quelconque nous employons le lipiodol à 40 o/o en injections intramusculaires à raison de 1 à 2 ou 3 centimètres cubes tous les deux jours.

Nous avons traité ainsi une quinzaine de cas de dyshidrose vésiculeuse simple avec des résultats remarquables et constants. Dès la première injection, les vésicules s'affaissent, le prurit diminue. La guérison est obtenue dès la première ou deuxième injection. Dans une dizaine de cas correspondant aux autres types mentionnes ci-dessus les résultats ont été tout à fait satisfaisants.

Voici quelques-uns de nos faits :

1° C..., 41 ans, dyshidrose au niveau des mains, lésions eczématiformes étendues aux avant-bras, à la face, au décolleté. Cholestérol, 1 gr. 70 ; guérison à la troisième injection.

2° M..., 52 ans, dyshidrose des mains, lésions eczématiformes profuses des avant-bras, de la face, empiétant sur le cuir chevelu, le dos des pieds. Cholestérol, 0 gr. 90 ; guérison à la deuxième injection.

3° R..., 61 ans, grand eczéma d'aspect mycosique des deux jambes, de la cuisse gauche. Cholestérol, 1 gr. 50 ; guérison à la quatrième injection.

4° R..., 17 ans, dyshidrose, érythème vésiculo-bulleux des mains et des avant-bras avec décollement étendu. Cholestérol, 0 gr. 80 ; guérison à la troisième injection.

5° F..., érythème bulleux de la face, des mains, du dos des pieds. Guérison à la quatrième injection.

Dans tous ces cas, la plupart traités auparavant sans résultats par les traitements classiques, la guérison a été obtenue rapidement, par le seul traitement iodé interne, le plus souvent à des doses minimes de 2 à 3 centigrammes d'iode.

Le succès du traitement par l'iode intraveineux dans certaines dermites dyshidrosiques ou eczématiformes, joint à la constatation de divers troubles sanguins d'ordre dyslipoïdique nous engage à penser que le facteur mycosique dans la détermination de ces affections pourrait passer à l'arrière-plan, et nous serions tentés de considérer ces affections comme relevant surtout d'un trouble de l'excrétion des graisses et à rapprocher ces faits des résultats déjà enregistrés dans certains des psoriasis amélioré aussi par une thérapeutique iodée.

A propos du traitement du lupus tuberculeux par la méthode de Charpy, par M. Garric (Clinique dermatologique de Toulouse, Pr Nanta).

Nous avons obtenu des résultats remarquables dans 10 cas de lupus tuberculeux par la méthode de Charpy. Dans deux cas particulièrement graves la guérison a été acquise de façon très rapide par des injections intramusculaires de Stérogyl 15 en solution huileuse.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un lupus ancien de la face, mutilant, avec localisation laryngée traité pendant des années à l'Hôpital Saint-Louis et depuis par nous-même avec des résultats décevants. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un lupus ulcéreux de la joue et de l'angle interne de l'œil, avec nodules lupiques à la biopsie, d'apparition récente, dont la cicatrisation a été obtenue en un mois.

Nous soulignons ces deux cas en raison du procédé employé, puisque nous avons utilisé des solutions huileuses de vitamines D_2.

Réflexions sur la glossite de Moeller-Hunter (résumé), par M. W. M. Stewart.

Dans deux cas, concernant des femmes de 50 à 60 ans, les modifications linguales observées étaient analogues à celles de la glossite de Hunter de la maladie de Biermer ; petites taches de la dimension d'un grain de chènevis, lisses, rouge vif, de limites nettes occupant les bords de la langue (tiers antérieur), disséminées entre les précédentes de minuscules saillies très rouges donnant l'impression de papilles turgescentes. Douleur vive spontanément, accrue par le moindre contact. La glossite dans les deux cas apparaissait comme un symptôme isolé, sans aucun signe anémique : chimisme gastrique : hémogramme et myélogramme normaux. Échec de tous les traitements essayés ; guérison en cinq semaines par l'hépatothérapie (extrait de foie injectable).

Les deux observations confirment la notion déjà ancienne de manifestations biermériennes sans anémie (si on admet l'épreuve du traitement comme un critère suffisant) et la nécessité de savoir y penser devant toute glossite douloureuse, rebelle, après avoir éliminé les causes d'irritation locale : infection dentaire, stomatite électro-galvanique, etc....

A propos de deux cas de koïlonychie « spoon nails » (résumé), par M. W. M. Stewart.

Dans les deux cas observés concernant des femmes de 25 à 35 ans, l'altération paraissait être due surtout à une hyperkératose des bords de l'ongle : la substance unguéale accessoire, à ce niveau, épaissie, soulevant l'ongle matriciel et le décollant de sa rainure ; il semblait qu'il y eut en plus, un véritable effondrement de la partie moyenne de l'ongle, comme si l'ongle du lit hypertrophié sur les bords fut atrophié au centre. La déformation touchait sans prédilection trois ou quatre ongles,(successivement atteints.

Examen viscéral négatif : hémogramme, myélogramme normaux.

Bordet-Wassermann négatif. Les maladies soumises sans succès à des cures prolongées d'acide ascorbique et de fer, furent guéries par un traitement antisyphilitique mixte.

Si on admet la valeur du critère thérapeutique, ces deux cas confirment l'opinion de Milian sur « l'ongle en bateau », qui paraît être un symptôme qu'on peut rencontrer dans des circonstances très diverses : malformations congénitales, avitaminose, anémie hypochrome achylique dans laquelle, après les auteurs anglo-saxons, nous avons eu l'occasion de l'observer deux fois.

Cancer sur lichen plan (résumé), par M. W. M. Stewart.

Homme de 36 ans. Lichen plan des membres inférieurs, de la face interne des joues, de la verge depuis 18 mois. Depuis deux mois, sans l'intervention d'aucun traitement, général ou local, transformation des trois papules lichéniennes du gland et du prépuce qui deviennent papillomateuses et saignantes.

Examen histologique : cancer spino-cellulaire kératinisant typique occupant le derme moyen et profond ; le derme papillaire est le siège d'un infiltrat dense à limite inférieure nette et l'épiderme présente une hypergranulose irrégulièrement répartie comme dans le lichen plan le plus typique.

La coexistence de lichen plan et de cancer nous a paru mériter d'être relatée, d'autant plus qu'on constate chez ce malade une véritable succession des lésions que confirme sur une des pièces une véritable juxtaposition histologique. L'apparition simultanée du cancer en trois points et en ces trois seulement n'est pas moins curieuse.

Kératome du pouce chez un tuberculeux (résumé), par M. W. M. Stewart.

Le malade, homme de 24 ans, tuberculeux cavitaire présente sur la face dorsale du pouce droit, une tumeur cornée de la dimension d'une noisette, comportant au centre un véritable dôme corné, dur, lisse, translucide (la translucidité est telle qu'elle permet de voir le sommet des anses capillaires), entouré de deux lisérés : l'un interne, blanc nacré, de 3 millimètres environ ; l'autre externe violacé, un peu moins large. Développement lent en 8 à 10 mois. Indolence absolue.

Examen histologique : deux faits essentiels (Dr Delarue), hyperkératose abondante et angiomatose du corps papillaire, à peine enflammé.

« Cette angiomatose rappelle celle qui préside à la formation de l'hippocratisme digital qui résulte d'une ectasie vasculaire des parties molles environnant la phalangette ; cette curieuse lésion paraît donc devoir se placer dans le cadre de la pathologie générale. »

Nous désirons avoir l'avis de la Société sur le cas dont nous montrons une belle photographie en couleurs destinée au Musée de l'Hôpital Saint-Louis.

Eczéma aigu de la face compliqué d'œdème des voies respiratoires supérieures, par MM. Derot, Lafourcade et Canivet.

Femme, 25 ans, applique du 2 au 16 octobre un cosmétique sur les cheveux. Le 16 octobre, démangeaisons, œdème. Le 17, œdème énorme de toute la face et du cou, yeux fermés, narines obstruées ; gonflement de la face interne des joues ; pas d'œdème de la langue. Sur le revêtement cutané de la région atteinte : éruption de vésicules d'eczéma et suintement abondant. Dès le matin, gêne de la respiration ; dans la soirée, accès de dyspnée avec troubles de la phonation. Examen pulmonaire négatif. Tension artérielle, 13-8 ; pouls à 80 ; pas de fièvre. Le 18 octobre, l'eczéma et l'œdème facial persistent ; la dyspnée s'est atténuée. L'examen laryngologique (fait en dehors des accès de dyspnée) (Dr Loiseau) montre un œdème translucide, grisâtre, face linguale de l'épiglotte prédominant sur le bord gauche. Les jours suivants, l'œdème muqueux disparaît, l'eczéma de la face s'atténue, mais apparition d'eczéma généralisé au tronc et aux membres. *Traitement.* 1er jour : Ca i.-v., morphine et adrénaline sous-cutanée ; 2e jour : Adrénaline et Ca i.-v.

Les jours suivants, extrait de rate. Guérison complète en 15 jours.

En résumé, eczéma aigu déclenché par application de cosmétique et remarquable par l'intensité des phénomènes muqueux.

Chancre du cul-de-sac vaginal. Localisation exceptionnelle, par MM. F. Flandin et R. Maricot. (présenté par Ch. Flandin).

Mme C..., 36 ans, consulte le 16 septembre pour une adénopathie inguinale bilatérale prédominant à gauche, indolore, formée de ganglions petits, inégaux, durs, mobiles, sans périadénite.

La région vulvaire est nette.

Le spéculum vaginal montre : le col utérin, sain, dévié à droite de la malade, repoussé par une ulcération rigide qui tend les parois du cul-de-sac vaginal gauche.

Régulièrment arrondie, cette ulcération est rouge vif, de la taille d'une pièce de 50 centimes.

Au toucher : induration en masse, indolence absolue, léger saignottement.

En outre, chancre de la face antérieure du sphincter anal.

Examen ultra-microscopique positif sur les deux chancres. Kahn et Meinicke positifs.

Il nous a paru intéressant de signaler ce cas, la localisation d'un chancre syphilitique dans un cul-de-sac vaginal étant, à la lecture des traités et publications, exceptionnelle. Il faut néanmoins ne pas la méconnaître.

Le Secrétaire,
G. Solente.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU JEUDI 14 DÉCEMBRE 1944

Présidence de M. Clément Simon.

SOMMAIRE

Présentation de malades.

Communications.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Le problème de la sclérodermie post-traumatique, par MM. H. Gougerot, P. Blum et Duperrat.

Ce malade, atteint de sclérodermie, tantôt typique, ivoirine en placards confluants, ou en gouttes disséminées, tantôt en placards violacés de lilac ring, englobant tout le membre inférieur, repose le problème des sclérodermies post-traumatiques, problème discuté en détail dans un article remarquable par R. Barthélemy (*Arch. Clin. Saint-Louis*, 1929, n° 3, p. 617 et 1930, n° 5, p. 59) qui résumait des cas semblables et discutait les difficultés d'interprétation.

Ce malade n° 143.497, comptable dans un magasin de nouveauté, âgé de 31 ans, a, en novembre 1944, exclusivement sur le membre inférieur droit, une sclérodermie polymorphe, englobant tout le membre, des orteils et de la plante du pied jusqu'à l'aine, donc uniquement sur le membre contusionné par une bombe d'avion, le 14 juin 1940, et sans aucune autre localisation sur le reste du corps.

Cette sclérodermie est faite de deux sortes de lésions : — 1° de larges plaques blanches, ivoirines de sclérodermie typique, sèche et glabre, de 100 à 250 millimètres, étagées à la partie moyenne et supérieure de la cuisse, au creux poplité et à la partie supérieure de la jambe, au tiers inférieur de la jambe et au dos du pied, englobant toute l'articulation tibio-tarsienne. Ces lésions sont, les unes en nappe confluente, les autres en gouttes de 2 à 5 millimètres s'essaimant sur les bords, donc tachetant les larges placards violacés environnants. La peau est infiltrée, tendue, adhérente, impossible à plisser. En effet, la plupart des lésions sont en transformation fibreuse et atrophique, rétractant la peau, surtout la jambe et le cou-de-pied, et relevant les orteils en extension. Pas de sclérodactylie des orteils ; — 2° Placards violacés, véritable placard de lilac-ring de sclérodermie atypique (1), de 60 à 500 millimètres s'étalant entre les placards ivoirins et colorant tout le membre inférieur depuis les orteils et la plante du pied, jusqu'au pli de l'aine, sans encore d'infiltrat ou de sclérose de la peau.

Les sensibilités à la chaleur, au tact, à la pression sont normales, les réflexes sont normaux. L'état général est bon. Légère asymétrie faciale, avec ouverture des paupières plus large à droite, voûte palatine légèrement ogivale avec chevauchement des incisives médianes. Surdité liée à une otite ancienne. Bordet-Wassermann négatif au Bordet-Wassermann et Hecht, partiellement positif au Kahn +++.

Histologie. — Une biopsie faite le 16 novembre près de la cheville en placard ivoirin, confirme le diagnostic de sclérodermie.

L'épiderme est considérablement aminci et sa basale est rectiligne. Le derme a une densification manifeste avec horizontalité des strates collagène et disparition des fibrilles élastiques (orcéine). Les follicules pileux sont rares, atrophiques, entourés d'un collier scléreux. Il existe de modestes infiltrats inflammatoires à lymphocytes dans le derme profond.

Origine. — Le malade, fantassin, a été contusionné le 14 juin 1940 par l'éclatement d'une bombe d'avion, contusion l'empêchant de marcher pendant environ une heure, mais sans trace visible de brûlure, l'étoffe du pantalon restant intacte. Il affirme que

(1) Sclérodermie atypique : la forme lilacée non indurée en plaque ou en bande. *Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, 8 décembre 1932, n° 9, p. 1668 ; Sclérodermie aux quatre formes typiques associées (avec R. Degos, Dreyfus et Mlle Roulle). *Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, juin 1934, n° 6, p. 905.

l'état de sclérodermie a commencé environ trois mois après, la lésion s'est progressivement développée en environ deux ans, et reste fixe depuis un an.

On voit que cette sclérodermie est intéressante par le mélange des lésions typiques (ivoirines) et atypiques (violacées) et surtout parce qu'elle pose le problème de l'origine traumatique de certaines sclérodermies, avec les conséquences médicosociales d'indemnisation.

Cas pour diagnostic : lésions fixes et circinées, par MM. H Gougerot, B. Duperrat et de Sablet.

Cette malade, n° 143.333, âgée de 47 ans, a vu apparaître à la fin du mois de juillet 1944 les lésions qui semblent avoir d'emblée leur plein développement et qui, depuis notre premier examen le 19 septembre 1944, n'ont pas modifié leur dimension.

Ce sont des papules de 3 à 5 millidètres, roses violacées, non squameuses, à peine infiltrées, isolées, et surtout groupées en circination, indolentes, non prurigineuses, sans trouble de l'état général.

Elles siègent :

— à la face antérieure du poignet gauche sur une étendue de 30 à 40 millimètres ;

— à la région antéro-externe du tiers supérieur du bras gauche : deux petits placards de 30 sur 25 millimètres ;

— à la face postérieure de la cuisse gauche : deux grands placards, l'inférieur de 350 millimètres environ, le supérieur de 150 millimètres environ ;

— dans le pli sous-fessier droit, un placard ovalaire de 50 millimètres sur 30 millimètres et au-dessous un petit placard de 20 millimètres sur 15 millimètres ;

— sur le dos du pied quelques éléments en cocarde ;

— à la malléole externe du pied droit, un placard de 35 millimètres.

Les Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn sont négatifs à plusieurs reprises.

L'intradermo-réaction et la cuti-réaction tuberculinique sont moyennement positives (8 sur 7 millimètres pour l'intradermo-réaction).

Numération globulaire et formule leucocytaire normales.

La biopsie montre simplement des infiltrats inflammatoires du derme moyen ; ces infiltrats sont lympho-plasmocytaires, strictement périvasculaires, denses, bien délimités. Civatte élimine le lichen plan et l'érythème polymorphe et conclut à une affection banale rappelant ce que l'on voit dans certaines manifestations allergiques avec cependant quelques lésions vasculaires lympho-plasmocytaires sans endovascularite.

Un traitement d'épreuve par 15 injections de bismuth oléosoluble terminé le 24 novembre n'a pas amené la guérison, à peine une légère amélioration, qui élimine la syphilis et laisse l'étiologie incertaine.

Érythrodermies arsenicales non prévenues par les sulfamides, par MM. H. Gougerot, Piguet, Sclafer et de Sablet.

Déjà avec Lesourd et A. Paraf à la séance du 11 mai 1944 (p. 96), l'un de nous a signalé l'échec de la sulfamidothérapie préventive dans l'érythrodermie arsenicale (malade n° 142.423). En voici deux nouveaux exemples :

La malade n° 143.348, âgée de 43 ans, atteinte de céphalée, a un Wassermann positif total, le 19 septembre 1944 et reçoit un traitement par le sulfarsénol : 0,36, 0,48 avec le 9e jour un érythème « biotropique » rubéoliforme du 9e jour, et 41° le 23 septembre. Le bismuth étant continué, on ajoute, le 3 octobre, 0,48 de sulfarsénol, le soir même la température remonte à 39° et un nouvel érythème prurigineux rubéoliforme réapparaît. L'arsenic est donc cessé, la dose totale a été de 1 gr. 50 : le bismuth seul est continué.

Le 12 octobre apparaît un eczéma arsenical typique, vésiculeux, discret, siégeant surtout au bras et à l'avant-bras droit, cet eczéma s'accentuant et diffusant. La température monte à 38°6 le 16 octobre. On commence une cure de sulfamide 2090, craignant un début d'érythrodermie et elle reçoit du 16 au 24 octobre, 44 gr(ammes de 2090, en lui associant autohémothérapie et injections d'extrait de rate.

Malgré cette médication, le 21 octobre, commence l'érythrodermie œdémato-vésiculeuse, œdème, vésicules, suintement plus marqué aux cuisses et aux plis de flexion et, le 23, le tableau est typique de la grande érythrodermie arsenicale, généralisée, vésiculo-œdémateuse.

L'érythrodermie arsénobenzolique continue, d'intensité moyenne, généralisée jusqu'au 14 novembre, où se dessine l'amélioration progressive qui permet sa sortie le 27 novembre.

Elle a eu, ce qui est fréquent, des abcès tubéreux de l'aisselle et de la vulve, nécessitant les injections d'anatoxine staphylococcique.

Le traitement de l'érythrodermie a été l'ancien traitement par autohémothérapie, adrénaline et injection de rate, sans sulfamides pour faire la comparaison avec d'autres malades.

Les séro-réactions, refaites le 14 novembre, donnent : B.-W. H. 8, H. 8, Kahn +.

Le ns 143.359, âgé de 19 ans, a eu un chancre de la verge et une roséole, traités par une cure mixte de 914 et bismuth, du 29 octobre au 15 novembre, totalisant 6 gr. 60.

Le 19 novembre 1944 apparaissent quelques vésicules d'eczéma prurigineux sur le front avec un léger œdème de la face, sans fièvre, et sans autres lésions cutanées. Nous méfiant du début d'une érythrodermie arsenicale, on lui ordonne dès le 22 novembre, jour de la consultation, une cure de Thiazomide qui sera poursuivie du 22 au 30 novembre, totalisant en 9 jours : 45 grammes.

Malgré ce traitement, l'érythrodermie augmente, lentement d'abord, puis plus rapidement à la fin du 9e jour, gros œdème de la face, avec suintement, sans troubles généraux marqués, sans fièvre. Les lésions érythémato-vésiculeuses des membres commencent à desquamer le 22 novembre et augmenteront les jours suivants.

Ayant cessé le Thiazomide le 1er et le 2 décembre, et les lésions continuant d'augmenter, surtout à la figure, on commence une nouvelle cure sous forme de Septoplix, en même temps que le traitement habituel : adrénaline, hyposulfite, extrait de foie, extrait de rate, autohémothérapie, du 3 au 11 décembre, totalisant la même dose de 46 grammes en 9 jours. La température oscille entre 37° et 38°.

Le 5 décembre, une légère amélioration se dessine qui s'accentuera les jours suivants.

La numération sanguine, le 3 décembre, donne : globules rouges, 4.200.000 ; globules blancs, 21.000 ; polyneutrophiles, 33 ; polyéosinophiles, 45 ; polybasophiles, 0 ; grands mononucléaires, 2 ; moyens mononucléaires, 14 ; lymphocytes, 6.

La cuti-réaction au novar, faite le 29 novembre est négative.

M. Ch. Flandin. — 1) Au point de vue bactériologique, nous avons vu avec Louis Duchon que, seul le staphylocoque doré existe sur la peau au début des érythrodermies arsenicales ; le streptocoque n'intervient qu'à titre de complication sur les régions excoriées.

2) La sulfamidothérapie ne nous ayant pas donné de résultats favorables et ayant dans plusieurs cas amené des aggravations, nous l'avons abandonnée.

Sébocystomatose héritée en dominance, par MM. A. Touraine et J. Meunier.

♂ de 34 ans, sans passé pathologique, de santé robuste, petit hypomaniaque. Depuis 15 ans, importante acné comédonienne du dos, souvent groupée en corymbes, quelques folliculites pustuleuses, multiples dépressions cicatricielles de 1 à 5 millimètres de diamètre, une vingtaine de kystes de toutes tailles jusqu'à une amande, de contenu tantôt sébacé, tantôt huileux ; forte séborrhée. Extension à la nuque, sur les lombes et les flancs. Hospitalisé pour une décalcification du pied droit consécutive à une fracture de Dupuytren récente.

La *mère* a une forte acné comédonienne du dos et quelques kystes sébacés. Son *oncle* (frère de la mère) est beaucoup plus atteint, avec de nombreux kystes. La *grand'mère* maternelle aurait eu des kystes sébacés, dont un volumineux à l'ombilic. De plus, la mère a eu, vers 1941, une période de « confusion mentale » ; l'oncle est mort à 36 ans, interné à Sainte-Anne ; la grand'mère a vécu de 60 à 71 ans en état de grande déficience mentale et a dû être internée.

Épithélioma baso-cellulaire sur brûlure par corps gras, par MM. A. Touraine et Balter.

♀ de 66 ans, sans passé notable. 6 enfants bien portants, Bordet-Wassermann négatif. Pas de kératose sénile ; pas de nævus *in situ* antérieur. En novembre 1942, faisant sa cuisine, reçoit une goutte de beurre brûlant sur la lèvre supérieure. Petite plaie

superficielle dont la croûte, sans cesse arrachée, sans cesse se reproduisait ; l'ulcération, atone, indolore est restée stationnaire jusqu'en octobre 1944. Depuis 2 mois, extension lente. Aujourd'hui épithélioma baso-cellulaire ulcéré de 12 × 8 millimètres avec ourlet et perles périphériques. Pas d'adénopathie. Biopsie confirmative.

Granulome télangiectasique géant du cuir chevelu, par MM. A. Touraine et G. A. Harlez.

♀ de 81 ans, sans passé particulier. En 1940, piqûre par une épingle à cheveu, origine d'une petite masse charnue du volume d'un pois. Plusieurs cautérisations insuffisantes. La tumeur augmente, atteint le volume d'une noix en 4-5 mois. Prise pour une loupe, elle est alors incisée mais non extirpée. Mal pansée, souvent égratignée, la masse grossit, s'infecte et se recouvre d'une croûte épaisse qui, détachée, repose sur une nappe de suppuration. Aujourd'hui, la masse située sur le vertex mesure 3 × 4 centimètres de base et a un relief de 25 millimètres. Sa surface est lisse, luisante, charnue, sensible au toucher, d'un rouge vif, facilement saignante. Sa base est assez régulièrement circonscrite par un sillon. Pas d'induration à la base, pas d'infiltration à la périphérie, pas d'adhérence au crâne. Minime adénopathie prétragienne. Le diagnostic d'épithélioma est éliminé cliniquement ; la biopsie confirme qu'il s'agit d'un granulome télangiectasique (structure composite, nombreuses dilatations vasculaires, infiltrat leucocytaire polymorphe et histiocytaire).

Pyodermites végétantes pseudo-néoplasiques épithéliomatiformes d'Azua, par MM. A. Touraine et H. Ruel.

Exemple de cette très rare dermatose, conforme aux descriptions d'Azua, de Gougerot, etc.

Garçon de 15 ans, le plus jeune de 5 enfants. Rien de notable dans la famille. Milieu misérable. Très chétif, a beaucoup maigri depuis un épisode pulmonaire en 1937. Depuis un an, environ 10 crises par mois d'épilepsie généralisée.

Début en juin 1944, par une pyodermite banale du bras gauche ; dissémination progressive d'éléments analogues dont certains se cicatrisent en trois mois environ et d'autres deviennent végétants en quelques semaines.

Aujourd'hui, nombreux éléments, tous sur les membres (surtout cuisses et, plus encore, jambes), sans symétrie ni systématisation. Les uns (surtout avant-bras et poignets) sont des pyodermites banales. D'autres (jambes, cuisses, coudes) sont végétants et croûteux, en macarons isolés. Les plus caractéristiques (jambes) font des nappes polycycliques de 5 à 10 centimètres de diamètre (enserrant presque complètement les chevilles) ; ils ont des bords saillants, un peu éversés, abrupts sur la peau voisine saine ; couverts de croûtes épaisses, ici sèches, dures, noires, là molles, presque spongieuses. Le décapage découvre une surface ulcérée, charnue, mamelonnée ou végétante, facilement saignante, dont le relief atteint 2 centimètres par places, à la périphérie des éléments. Enfin, nombreuses cicatrices pigmentées de lésions ulcéro-végétantes antérieures guéries. Adénopathies axillaires et inguinales modérées. Pas de fièvre. Les lésions sont à peine douloureuses. Cuti faiblement positive. Hiles un peu chargés à la radio. Pas d'anémie (4.240.000 hématies ; hémoglobine, 90 o/o) ; 8.600 leucocytes (polynucléaires neutrophiles, 51 ; basophiles, 1 ; éosinophiles, 5 ; lymphocytes, 9 ; mononucléaires, 36).

Biopsie. — Énorme prolifération papillomateuse de cellules épineuses ; quelques figures d'enroulement en ébauches de globes épidermiques parakératosiques.

Cultures. — Streptocoques et staphylocoques, pas de mycose.

Évolution. — Déjà rapide régression en 15 jours par les pansements à l'eau de Dalibour puis par le bleu de méthylène et les pommades antiseptiques. Guérison en un mois.

Coussinets des phalanges et maladie de Dupuytren, par MM. A. Touraine et G. Uhl.

♂ de 46 ans, chef électricien, sans passé notable, sans traumatismes locaux professionnels. Depuis un an, sans cause appréciable, callosité à l'index droit ; environ six mois plus tard, atteinte des autres doigts. Aujourd'hui, coussinet sur la face dorsale de l'articulation phalango-phalanginienne de tous les doigts (sauf les pouces), particulièrement marqué, du volume d'un pois, sur l'index droit, un peu moins sur

l'annulaire droit et l'auriculaire gauche, plus discret sur les autres doigts. Légère sensibilité à la pression mais aucune gêne fonctionnelle.

Depuis 1939, évolution lente d'une maladie de Dupuytren dans la paume de la main droite, à la racine de l'annulaire (opérée sans succès en 1941) aujourd'hui encore modérée, avec flexion légère et formation d'un nodule fibreux dermique à la racine du doigt. Au début de 1942, atteinte symétrique et progressive de la paume gauche. Au pied droit, nodule dermique et aponévrotique sur la plante, près de la racine du gros orteil, du volume d'une petite noisette, un peu douloureux.

Pas d'autre anomalie, pas d'induration des corps caverneux. Bon état général ; sujet actif, intelligent. Bordet-Wassermann négatif.

Le *père*, grand rhumatisant, était atteint d'une maladie de Dupuytren bilatérale, très accentuée, avec forte flexion des doigts en griffe.

Parapsoriasis en plaque, par MM. R. J. Weissenbach et P. Fernet.

La communication paraîtra ultérieurement.

Kraurosis pénis à son début ? Scléro-atrophie de l'anneau préputial. Lésion érythémateuse fixe du gland, par MM. R. Degos, J. Delort et J. Hewitt.

Lésions balano-préputiales rentrant dans le groupe de ces états complexes désignés par Delbanco « Kraurosis du gland et du prépuce », identifiés par l'École lyonnaise à la « balanite interstitielle et profonde » de Fournier et auxquels Stühmer a ajouté une forme étiologique nouvelle « la *balanitis xerotica obliterans post-operationem* ». L'intérêt de cette observation tient au caractère débutant des lésions du gland apparues après les modifications du prépuce et en l'absence de toute condition étiologique particulière.

C... A., 57 ans, observe, il y a quatre ans, une diminution de souplesse du prépuce près du filet. Progressivement, l'anneau préputial s'est modifié sur sa face interne : infiltration scléro-atrophique circulaire, légèrement leuco-kératosique, de 10 millimètres de large environ, respectant le bord libre du prépuce et le fond du sillon balano-préputial ; gêne douloureuse au moment des érections, provoquée par quelques fissures intermittentes. En juillet 1943, l'*examen histologique* des lésions préputiales, encore discrètes à cette époque, révélait un infiltrat du derme, lympho-plasmocytaire, d'aspect banal mais très dense, sans sclérose manifeste, avec réaction kératosique de l'épiderme. Ultérieurement s'est constitué un état scléro-atrophique.

Les lésions du gland sont apparues secondairement et ont conservé leur aspect actuel : tache érythémateuse fixe, entourant le méat, à contours déchiquetés sur un des versants, assez régulièrement circulaire sur l'autre ; limites très nettement indiquées par la différence de coloration ; surface sèche, non érosive ; aucune saillie, aucune infiltration, pas d'atrophie visible. L'aspect de cette tache rappelle celui d'une érythroplasie. Le prépuce, de longueur plutôt courte, découvre l'extrémité du gland. Pas d'antécédents de syphilis (sérologie négative). L'*examen histologique* d'une biopsie effectuée en novembre 1944 montre une infiltration diffuse du derme à prédominance plasmocytaire, avec hypervascularisation capillaire et œdème papillaire envahissant les couches inférieures du corps muqueux. Pas de sclérose du derme, pas de « zone désertique » sous-épidermique.

L'aspect du gland, joint à certains caractères négatifs, ne permet pas de placer ce cas dans le cadre de la « balanite interstitielle et profonde » de Fournier (pas de réaction phegmasique du gland, pas de poussées inflammatoires, pas de rétrécissement du méat, pas d' « état couvert du gland » qui conditionne habituellement l'infection sous-préputiale, précession des lésions du prépuce). De même, l'absence d'intervention chirurgicale sur le prépuce n'autorise pas à parler de « maladie de Stühmer ».

Le *kraurosis penis* de Delbanco est avant tout conditionné par un état atrophique et leucodermique de la muqueuse du gland (coloration blanc bleuâtre délavée) avec télangiectasies, qui n'existe pas chez notre malade. Signalons également l'absence de prurit, l'absence d'atteinte du méat et de symphyse balano-préputiale souvent

observés dans le *kraurosis penis*. Mais, les caractères encore peu systématisés des lésions du gland témoignent peut-être d'un processus à son début, que traduit un infiltrat dermique banal. L'étiologie reste imprécise, mais, dans notre cas, qui a débuté à l'anneau préputial, rien ne permet d'incriminer une inflammation balanique initiale, contrairement à la théorie qui fait de tout kraurosis masculin un kraurosis post-balanitique.

Psoriasis réveillé par une éruption syphilitique secondaire, par MM. F. Coste, J. Boyer et R. Tourneur.

Homme de 40 ans, psoriasique depuis 1936, mais guéri de sa dermatose depuis 4 ans ; chancre syphilitique il y a 5 semaines. A l'entrée à l'hôpital (23 octobre 1944), chancre phagédénique envahissant tout le gland, éruption généralisée de syphilides papulo-squameuses prenant aux coudes un aspect psoriasiforme.

Traitement arséno-bismuthique : 5 × 0,90 novarsénobenzol en 10 jours et, simultanément, début d'une série de 15 injections de bismuth liposoluble, qui se termine actuellement.

Régression lente du chancre qui couvre encore toute l'extrémité du gland et transformation progressive de la plupart des syphilides en taches de psoriasis, peu typiques cliniquement, mais typiques histologiquement.

Point intéressant : la reviviscence du psoriasis après une période de latence clinique de quatre ans, sous l'influence de l'éruption syphilitique.

Érythème polymorphe récidivant cyanotique et intoxication benzolique, par MM. F. Coste et M. Gaultier.

Femme de 52 ans ayant été exposée pendant 22 ans au benzol dans une usine d'imperméables. A plusieurs reprises, fatigue générale, saignements des gencives.

En juin 1944, début, avec arthralgies, fatigue générale, épistaxis, d'un érythème polymorphe des membres, à poussées successives qui durent encore aujourd'hui. Très vite, les éléments éruptifs prennent un caractère cyanotique et légèrement purpurique. La malade abandonne son travail.

Histologie (Cailliau). — Ectasies du plexus vasculaire dermique, capillarite desquamante et diapédétique, nombreuses cellules inflammatoires dans le corps capillaire, manchons leucocytaires en cordons périvasculaires.

Les examens sanguins montrent un peu de leucopénie (entre 4 et 7.000 leucocytes) et de neutropénie (entre 40 et 50 polynucléaires neutrophiles) avec de l'éosinophilie (autour de 10 o/o). Myélogramme : diminution des éléments granuleux, érythroblastose importante (53 o/o). Temps de saignement : 4 minutes ; temps de coagulation : 14 minutes ; signe du lacet : très positif. Cuti R : + ; Bordet-Wassermann négatif.

Trois questions se posent :

1° Y a-t-il relation entre l'érythème polymorphe à allure cyanotique et purpurique et l'imprégnation benzolique ? Cela paraît vraisemblable.

2° Faut-il écarter cette femme de la profession qui l'expose au benzol ? Nous le pensons.

3° Faut-il l'indemniser ? Peut-être.

Épithélioma spino-cellulaire de la verge à développement rapide, par MM. Ch. Flandin, L. Richou et L. Caldier.

Chez un horticulteur espagnol de 53 ans sans antécédents morbides s'est développée en six semaines après un début peut-être plus ancien masqué par un phimosis, une lésion ulcéro-végétante occupant toute l'extrémité du gland, le prépuce et s'accompagnant de volumineux ganglions inguinaux.

Biopsie. — Épithélioma spino-cellulaire (Civatte).

Ce cas pose un problème thérapeutique : Peut-on envisager un autre traitement que l'exérèse chirurgicale large et le curage ganglionnaire inguinal ?

Suite de l'observation du réticulo-sarcome généralisé, agranulocytose terminale. Les néoplasies lymphoconjonctives difficiles à classer, par MM. H. Gougerot, Civatte et Burnier.

Ce malade, 143.075, vous a été déjà présenté à la dernière séance du 9 novembre 1944. L'état clinique s'est progressivement aggravé et le malade a été remmené chez lui par sa famille le 15 novembre 1944. Le 13 novembre, se déclare avec température à 40°2 et 40°9 le 15 novembre une congestion pulmonaire diffuse des deux bases. Il est mort le 16 novembre.

Le point intéressant de son histoire est l'agranulocytose terminale. Déjà le 26 octobre, la numération donnait : globules rouges, 3.010.000 ; globules blancs, 4.500 ; polyneutrophiles, 36 ; éosinophiles, 0,5 ; basophiles, 4 ; grands mononucléaires, 9 ; moyens mononucléaires, 34 ; lymphocytes, 17.

Le 9 novembre : globules rouges, 2.340.000 ; globules blancs, 2.000 ; polyneutrophiles, 8 ; éosinophile, 1 ; basophile, 0, g;rands mononucléaires, 10 ; moyens mononucléaires, 39 ; lymphocytes, 41 et 1 myélocyte basophile.

Le 14 novembre : globules rouges, 1.800.000 ; globules blancs, 900 ; poly-neutrophile, 1 ; éosinophile, 0 ; basophile, 0 ; grands mononucléaires, 15 ; moyens mononucléaires, 56 ; lymphocytes, 28.

L'aspect des coupes classe cette tumeur à mi-chemin entre le mycosis banal et le réticulo-sarcome.

Sur les frottis, on voit de grandes cellules de type réticulaire dont les noyaux ont plusieurs nucléoles très volumineux. Leur aspect, plus monstrueux que celui des cellules de mycosis examinées par la même technique, rappelle un peu celui de la cellule de Sternberg.

Granulome des organes génitaux au cours d'une maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, par MM. Cordonnier et d'Hour.

Homme de 30 ans, atteint depuis 3 ans environ d'adénopathies cervicales, dont l'état général s'est progressivement aggravé, avec fatigue, température et hémoptysies répétées. On découvre de volumineuses adénopathies trachéo-bronchiques. Puis apparaissent quelques éléments cutanés très discrets et enfin, une petite ulcération sur le frein de la verge. Un ganglion, prélevé, montre la structure typique d'une maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, sauf l'existence de quelques cellules à noyaux polylobés et même à noyaux multiples, évoquant la cellule mycosique ; mais la région avait été irradiée antérieurement par rayons X.

L'ulcération du frein de la verge, où l'on s'attendait à trouver une allure sarcoïdique, a montré la structure typique d'un granulome.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann terminée par une méningite tuberculeuse, par MM. Cordonnier et Christin.

Une femme de 46 ans présente une maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à symptomatologie cutanée très riche et localisation osseuse aux phalanges. Sans aucun antécédent bacillaire, se développe, à partir du début de l'année 1944, une période d'imprégnation, avec poussées fébriles et pleurite, puis méningite terminale en août 1944. Au cours de ces six mois, les sarcoïdes s'atténuent progressivement, pour aboutir à une fonte complète lors du syndrome méningé.

En passant en revue les 12 ou 13 cas de tuberculose au cours de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, les auteurs confirment cette loi de la simultanéité du développement d'une tuberculose clinique et de la fonte des sarcoïdes. Ils se rangent à l'hypothèse d'une réticulose épithélioïde, provoquée par la fraction lipoïdique des antigènes du bacille de Koch (surtout acide pthioïque), et réaction de défense protégeant l'organisme contre la tuberculose (anallergie par anticutines). Ils se demandent si le fait primitif n'est pas la disparition des masses sarcoïdiques, privant l'organisme de cette réaction de défense et permettant le développement d'une tuberculose clinique.

La part du toxique et de l'infection dans l'agranulocytose (15 projections), par M. Claude Huriez (Lille).

En trois ans, sur neuf observations, Huriez enregistre : deux formes mortelles dans deux cas non traités, la réparation de l'accident hématologique dans deux formes mortelles du fait d'une hépato-néphrite et d'une endocardite d'Osler, enfin la guérison de cinq cas d'agranulocytose primitive ou post-chimiothérapique, malgré la chute de la leucocytose à 600 et la disparition de tout polynucléaire parfois.

La part du toxique est indéniable dans ces observations dont huit sur neuf sont survenues après chimiothérapie (trois arsénobenzoliques, cinq après sulfamides simples, colorés, pyridinés ou thiazolés). Mais elle n'est pas toujours définitive (il fut possible de reprendre l'arsenic ou les sulfamides chez la plupart des malades), ni indispensable (agranulocytose primitive de l'obs. IX, où la malade n'avait ingéré aucun médicament).

La part de l'infection apparaît tout aussi importante. L'agranulocytose est apparue chez des infectés, atteints d'un abcès du poumon, d'une congestion pulmonaire, d'un abcès du sein, d'une infection du *post-partum*, d'un éléphantiasis streptococcique, d'une staphylococcie généralisée, d'une endocardite d'Osler avec septicémie à streptocoques hémolytiques.

— Même dans les observations d'agranulocytose post-arsénobenzolique, la « touche » infectieuse est grande (isolement d'un streptocoque dans une hémoculture, multiples phlébites, embolie pulmonaire et abcès péri-anal dans un autre).

— Cet ensemble de faits permet d'admettre cette notion de prime abord paradoxale, que les sulfamides, parfois générateurs d'agranulocytose sont capables d'aider à la guérison non seulement du syndrome infectieux, mais encore des stigmates hématologiques. Dans le cas d'agranulocytose primitive, un abcès pulmonaire fut guéri par pneumothorax et administration en deux mois et demi de 477 grammes de sulfamides, parfaitement tolérés, même au point de vue granulocytaire.

— Quant aux médications granulopoïétiques, l'auteur estime que :

— les *transfusions ordinaires* ne sont que des adjuvants, parfois indispensables pour compenser l'anémie associée ;

— les *médullo-transfusions* sont souvent insuffisantes à stimuler la granulopoïèse ;

— les injections (toutes les 12 h.) de *nucléotides du pentose* donnent, par contre, le plus souvent des résultats particulièrement rapides et nets.

— Un total de cinq guérisons sur sept cas traités permet de ne pas exagérer la gravité du péril chimiothérapique. A condition de la dépister précocement et d'agir avant la transformation réticulaire de la moelle, l'agranulocytose est le plus souvent curable par une thérapeutique énergique, dont les nucléotides du pentose paraissent bien être l'élément essentiel.

Nouveau cas d'érythème induré de Bazin guéri rapidement par les sulfamides, par MM. F. Coste, J. Boyer et Berger.

Un premier succès a été relaté en 1942 par Degos ; ils restent néanmoins assez rares. Nous n'avions eu jusqu'ici que des échecs et nous n'aurions sans doute pas prescrit ce traitement si la malade (de 15 ans 1/2, acrocyanotique depuis des années) n'avait pas été atteinte d'une blennorragie aiguë qui nous a imposé cette médication.

L'érythème induré siégeait aux régions sus-malléolaires surtout à gauche, il était cliniquement typique ; dès le second jour du traitement sulfamidé (19 grammes de sulfathiazol en 5 jours), l'œdème et la rougeur avaient presque disparu, amélioration d'autant plus étonnante que la lésion datait d'un mois.

Pas d'antécédent tuberculeux ; cuti-réaction moyennement positive.

Cette observation vient à l'appui de celle de Degos pour montrer que quelques érythèmes indurés de Bazin sont dus à des germes très sensibles aux sulfamides

et qui se sont sans doute fixés dans la région sus-malléolaire à la faveur du ralentissement circulatoire constaté dans toute acrocyanose.

Traitement du pityriasis versicolor par le benzoate de benzyle, par MM. F. Coste, J. Boyer et Berger.

En vérifiant les résultats du traitement de la gale par le benzoate de benzyle, nous avons constaté plusieurs fois, par surcroît, la guérison d'un pityriasis versicolor associé. Cela nous a donné l'idée de traiter systématiquement cette microsporie par le benzoate de benzyle appliqué après friction énergique sur toute la surface parasitée et sur les régions avoisinantes. Nous croyons une seule application suffisante, mais par mesure de sécurité, nous en prescrivons une seconde 15 jours après.

Les résultats sont bons : tantôt guérison en quelques jours (le signe du copeau disparaît au bout de 8 à 10 jours), tantôt grosse amélioration dans les cas les plus rebelles.

Parfois le pityriasis qui a résisté à de nombreux traitements iodés cède à une seule application de benzoate de benzyle. Dans d'autres cas (moins nombreux), le traitement iodé paraît supérieur.

Encouragés par ces succès, nous traitons actuellement d'autres trichophyties et épidermophyties par le benzoate de benzyle, avec certains résultats favorables.

Nodule des trayeurs, par MM. A. Sézary, M. Bolgert, J.-L. Chapuis et R. Mollinedo.

R... Odette, 41 ans, trayeuse de vaches. Début fin juin par petites lésions de la dimension de grains de semoule, lésions grossissant, devenant rouges, avec sensation de cuisson. Vers le 10e jour, elles deviennent turgescentes et se fendent en leur milieu, le fond de la crevasse ainsi produite est brun-rouge. Le 15 juillet, nous voyons sur la main droite 9 nodules (3 palmaires, 3 commissuraux, 2 digito-dorsaux, 1 côté cubital) et sur la main gauche 11 (7 palmaires, 2 commissuraux, 2 digito-dorsaux). Les plus gros (demi-cerise) sont cernés d'une couronne bulleuse, les autres, non crevassés, ont un contour liquidien clair. Adénopathie épitrochléenne et axillaire apparue postérieurement. Aucun trouble général. Régression lente.

Biopsie. — Squame-croûte superficielle (kératose et parakératose, fibrine, cellules mononucléées, œdème) ; acanthose avec faux globes cornés par endroits ; dans le derme, œdème et infiltrat histiocytaire avec quelques plasmocytes.

Formule sanguine normale, sauf 6 éosinophiles o/o. Cytologie des bulles : 78 lymphocytes, 12 polynucléaires, 10 éosinophiles. Intradermo au liquide bulleux sans résultat. Inoculations à la cornée et à la peau du lapin négatives.

La malade n'a jamais été vaccinée contre la variole. Vaccination jennérienne le 24 juillet (3 scarifications) : fortement positive dans les délais et avec les caractères de la primo-vaccination.

Elle a trait depuis fin mai une vache qui avait des lésions des pis. Ses camarades n'ont pas été contaminées, mais elle seule avait de nombreuses gerçures aux mains.

Granulomes annulaires des oreilles guéris par le salicylate de soude et observés chez un ancien rhumatisant, par MM. A. Sézary et M. Bolgert.

Dans un récent article (1), l'un de nous a défendu la théorie de l'origine hyperergique du granulome annulaire, souligné ses analogies histologiques avec les lésions rhumatismales et proposé son traitement par le salicylate de soude. L'observation suivante paraît apporter des arguments favorables à ces différentes hypothèses.

(1) M. Bolgert. A proops de la pathogénie du granulome annulaire. *Annales de Derm. et de Syphil.*, nos 5-6, mai-juin 1944, p. 136.

M. Mass..., 24 ans, facteur, présente le 27 octobre 1944 depuis une quinzaine de jours sur le bord des pavillons des deux oreilles (de l'hélix à l'anthelix) une série de nodules blanchâtres ni douloureux, ni prurigineux, offrant une dépression punctiforme et recouverts d'une fine pellicule ; leur consistance est ferme, presque cartilagineuse, leur taille varie de celle d'une lentille à une tête d'épingle. Bordet-Wassermann négatif. Cuti légèrement positive.

Biopsie. — Épiderme légèrement hyperacanthosique, à limite inférieure rectiligne. Nombreux follicules pileux. Derme occupé par deux plages inégales, ovalaires, formés d'un tissu conjonctif modifié, très fortement éosinophile, presque dépourvu de noyaux et ayant tous les caractères de la nécrose fibrinoïde. A leurs limites, le tissu conjonctif redevient brusquement normal, mais présente en même temps, sauf à leur partie supérieure, un infiltrat histiocytaire et fibroblastique renfermant de nombreux capillaires à parois épaissies et parfois oblitérés, ainsi que quelques cellules à tendance épithélioïde et de rares ébauches gigango-cellulaires. Plus périphériquement enfin, existent quelques infiltrats histio-lymphocytaires nodulaires périvasculaires. Il s'agit indiscutablement d'un granulome annulaire.

Antécédents. — Crise de R. A. A. à 14 ans ayant duré plusieurs semaines. Actuellement cœur normal ; tension 12-8. En outre : blessure de guerre à l'avant-bras droit en 1940 ; zona lombaire en 1941 ; enfin durant l'hiver 1940-1941, éruption d'éléments analogues aux mêmes points, mais plus atténués, ayant duré six à huit semaines.

Évolution. — Traité par 4 grammes journaliers de salicylate de soude *per os* pendant 3 semaines. Le malade est revu le 17 novembre très amélioré : on retrouve encore sur les hélix de minuscules papules blanchâtres recouvertes d'une fine squame, mais l'infiltration est presque nulle. Après 15 jours de salicylate à 3 grammes par jour, ce malade est encore revu : oreille droite normale ; oreille gauche présentant encore quelques très fines papules.

Le diagnostic de granulome annulaire semble histologiquement indiscutable et il est intéressant de souligner son apparition chez un ancien rhumatisant ainsi que l'action indiscutable du salicylate de soude, dont la théorie hyperergique permettait d'envisager l'efficacité.

Technique de la réaction à la léproline, par MM. Ch. Flandin, A. Basset et Jeanson.

Depuis les premières expériences de de Beurmann et Gougerot (1913) et les recherches de Mitsuda, les réactions à la léproline ont été diversement interprétées.

La léproline dont nous nous servons est obtenue par broyage d'un nodule riche en bacilles après ébullition pendant 45 minutes en eau physiologique et dessiccation dans le vide — 0,40 cgr. de la poudre obtenue est diluée dans 100 centimètres cubes de sérum physiologique additionnés de 0,50 cgr. d'acide phénique. Les ampoules sont stérilisées pendant 30 minutes à 120°. Le titrage biologique se fait par intradermo-réaction à une lèpre tuberculoïde en comparant avec la réaction produite par un échantillon déjà éprouvé.

La technique est celle de toute injection intradermique. Il y a avantage à faire plusieurs tests : en peau saine, en peau malade, en zone anesthésique, sur les taches hyper ou hypochromiques.

La réaction apparaît de 15 à 28 jours après l'injection sous la forme d'une papule infiltrée, ayant du corps, entourée d'une aréole rouge d'autant plus étendue que la réaction est plus positive. Rarement, il y a une réaction phlycténulaire, plus rarement encore une réaction nécrotique.

Le nodule positif persiste de huit jours à un mois environ, parfois plus et disparaît sans laisser de traces.

La réaction ne s'accompagne d'aucun phénomène général ; elle est complètement inoffensive.

Valeur diagnostique et pronostique de la réaction à la léproline, par MM. Ch. Flandin, A. Basset et Jeanson.

Les travaux de Mitsuda et de nombreux auteurs ont prouvé la spécificité de la réaction à la léproline en tant que lysat du bacille de Hansen.

Pour Mitsuda et ses élèves, la réaction a surtout l'intérêt de classer biologiquement les formes de la lèpre :

Négative dans les formes cutanées (ou nodulaires), négative ou faiblement positive dans les formes nerveuses (ou maculo-anesthésiques), elle est fortement positive dans les formes tuberculoïdes.

Mitsuda et Hayashi ainsi que les auteurs expérimentant dans les pays de lèpre endémique ont trouvé la réaction habituellement positive chez les sujets sains, tuberculeux ou syphilitiques. Rabello, au Brésil, la considère positive dans la règle.

Néanmoins, aux Philippines, on constatait chez les jeunes enfants 20 à 30 o/o de cas négatifs. En 1938, Burnet, en Tunisie, trouvait la réaction habituellement négative chez le jeune enfant, la proportion des cas positifs augmentant avec l'âge. Si bien qu'on arrive à concevoir que la positivité s'acquiert avec l'âge ou plutôt, suivant l'hypothèse de Campos et Fernandez, par absorption du bacille de Hansen au contact de lépreux. Si la réaction redevient négative chez les grands lépreux, c'est par prédominance des antigènes sur les anticorps. La réaction à la léproline aurait donc une valeur diagnostique et une valeur pronostique. Le virage de la négativité à la positivité chez un sujet d'apparence saine indiquerait la primo-infection et la résistance du sujet. Le retour à la négativité témoignerait d'une poussée évolutive même sans lésions spécifiques apparentes.

Résultats d'une enquête par la léproline sur les lépreux et non lépreux, par MM. Ch. Fland n, A. Basset et Jeanson.

Dans le but de vérifier l'hypothèse indiquée dans la précédente communication dans un pays où la lèpre n'est pas endémique, nous avons fait des tests à la léproline à trois séries de sujets :

1° Les lépreux du Pavillon de Malte et autres séjournant en France ;

2° La famille et l'entourage des lépreux, en particulier le personnel hospitalier ;

3° Des sujets non lépreux.

1° Chez les lépreux, nous avons, comme tous les chercheurs, trouvé des réactions négatives dans toutes les formes graves de lèpre cutanée (ou nodulaire), une majorité de réactions négatives dans les lèpres nerveuses (ou maculo-anesthésiques)), — 3 cas positifs contre 21 cas négatifs — et 100 o/o de réactions positives dans les lèpres tuberculoïdes ;

2° La famille et l'entourage des lépreux nous ont donné 83 o/o de réactions positives, la même proportion que la population non lépreuse au Brésil ;

3° Chez les non-lépreux, nous n'avons trouvé que 33 o/o de cas positifs (21 sur 61 sujets examinés).

Encore devons-nous noter parmi ces sujets : 4 Israélites originaires du bassin méditerranéen, 6 cas de vitiligo, 6 cas de lupus tuberculeux. 1 hérédo-syphilitique. Notons que la réaction s'est montrée positive sur les taches achromiques de vitiligo et négative en peau saine. Nous reviendrons sur cette question.

Il semble donc qu'en pays non lépreux, la majorité des sujets aient une réaction de Mitsuda négative. Celle-ci ne vire à la positivité qu'à la suite de la pénétration du bacille dans l'organisme par fréquentation d'un lépreux, réserve faite pour certains malades comme les lupiques dont l'état allergique est modifié vis-à-vis de toutes les réactions. Pratiquement le virage de la négativité à la positivité chez un sujet sain est un signe d'alerte. Chez un sujet sain à réaction positive, le retour à la négativité serait un signe biologique d'évolution de la lèpre vers la gravité. Le retour à la positivité à la suite d'un traitement, comme nous avons pu l'observer — rarement il est vrai — serait en faveur de l'activité thérapeutique et exprimerait le blanchiment du malade.

Pigmentation traumatique du visage, par MM. P. Joulia et P. Lecoulant (Bordeaux).

A la séance de la Société de Dermatologie du 11 novembre 1943, MM. Sézary et Rabut ont présenté trois cas de pigmentation traumatique du visage chez de jeunes femmes. Nous rapportons un cas analogue :

J... Jeanne, 23 ans, institutrice, fait une chute de bicyclette et, après cicatrisation complète et normale, voit apparaître à l'occasion d'une sortie par temps très froid sur la joue gauche traumatisée, une pigmentation qui fonce jusqu'au brun violacé. Il ne s'agit pas d'hématome, non plus que de tatouage par les poussières de la route ou du goudron. La malade est aménorrhéique depuis plusieurs mois et a engraissé de plusieurs kilogrammes. Dans le sang on note : Glucose, 1 gr. ; urée, 0,20 ; calcium, 0,115 ; calcium ionisé, 0,045 ; protides, 84 ; $\frac{\text{sérum alb.}}{\text{sérum globul.}} : \frac{60}{24}$: 2,5 ; dans les urines ; vitamine C, 2 mg. 5 ; B. B. S., 352 ; $\frac{\text{urée}}{\text{chlor.}}$: 0,7 ; métabolisme de base, 8. La carence C attire l'attention et motive un traitement par vitamine C (0,50 par jour, voie parentérale et extrait cortical surrénal Iscovesco XXX gouttes par jour). Deux mois de traitement suffisent à effacer la pigmentation et faire reparaître les règles.

Ces observations se rapprochent de celle quasi expérimentale de Delmas Marsalet et Faure (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 15 mai 1944, Pigmentation unilatérale du visage apparue après novococaïnisation du ganglion stellaire dans laquelle le *facteur sympathique* est évident).

Il fallait signaler ici la guérison par l'association de vitamine C et d'extrait cortical surrénal.

La photothérapie solaire artificielle, par M. Jean Meyer.

On admet que les rayons solaires actifs sont les ultra-violets. Les seuls qui traversent l'atmosphère ont une longueur d'onde de plus de 2.800 angströms. Les sources artificielles s'en rapprocheront d'autant plus qu'elles ne comporteront pas de rayons plus courts, donnant lieu à une réaction plus superficielle. Les Danois ont étudié l'action comparée des lampes à mercure riches en rayons courts et des arcs riches en rayons moyens et longs, et ont établi leur supériorité dans la photothérapie des tuberculoses.

Vu les inconvénients des arcs (escarbilles, échauffement, dépense de courant, irrégularités dans l'émission et l'intensité du rayonnement), on employait par commodité les lampes à mercure. Les filtres en verre spécial ne laissant passer que les rayons « solaires » en arrêtent une grande proportion et la durée des séances en est anormalement prolongée. Notre cuve filtrante de quartz, renfermant une solution de vitamine PP commerciale, diluée 300 fois pour une épaisseur de 40 millimètres, intercepte tous rayons au-dessous de 2.700 Å et laisse passer les rayons de plus grande longueur d'onde, dont l'absorption est négligeable. Les séances de Finsenthérapie au contact, avec compression, ne durent que 10 minutes environ. Il est facile avec des plaques de quartz de 8 à 10 centimètres de diamètre, d'installer un dispositif permettant les irradiations générales, sans que ce filtre augmente la durée des séances de plus de moitié.

Traitement du lupus tuberculeux au laboratoire de Finsenthérapie, par MM. Jean Meyer et Gaulier.

La base du traitement est la méthode de Charpy. Nous prescrivons chaque semaine pendant 2 mois puis chaque quinzaine pendant 3 ou 4 mois, la prise d'une ampoule alcoolique ou huileuse de 15 milligrammes de vitamine D_2, et par jour, pendant ces 5 ou 6 mois, 1 gr. 50 de poudre de gluconate de calcium. Pas de contre-indication, pas même le grand âge, l'artériosclérose, l'hypertension. La moitié des malades guérit complètement sans autres soins. Il n'y a qu'un dixième des cas pour lequels l'échec est complet, et qui refassent des poussées en cours de traitement.

Les meilleurs cas sont les lupus ulcérés, avec lésions graves et extensives, cutanéo-muqueuses, forte sédimentation. Les placards plus ou moins scléreux, les cas à sédimentation normale, réagissent moins bien. Quelques tumeurs blanches, quelques adénopathies, ont guéri au cours du traitement.

Les seuls incidents ont été des presbyties transitoires, sans rien à l'examen de l'ophtalmologiste. Certains malades, par erreur, ont absorbé la vitamine sans calcium. L'amélioration a été réelle, mais médiocre.

Nous n'entreprenons aucun traitement local pendant les deux premiers mois, sauf de la désinfection, au sulfate de zinc ou au mercurochrome. A ce moment, il convient d'associer l'étincellage des muqueuses et la Finsenthérapie ou l'électrocoagulation des lupomes cutanés résiduels. Le nouveau matériel (présenté en avril 1940 par le professeur Gougerot) permet la Finsenthérapie en 10 minutes par champ et nous semble constituer la méthode de choix pour la cure des éléments agminés.

Lésions viscérales dans deux cas de pemphigus vulgaire, par M. M. Bolgert.

Au cours du pemphigus, le contraste fréquemment observé entre l'évolution des lésions cutanées qui s'améliorent et celui de l'état général qui s'aggrave ne semble pas avoir reçu d'explications satisfaisantes. Il nous semble que l'existence de lésions viscérales graves, très analogues dans deux cas, peut apporter une contribution utile à la solution du problème.

N° 3620. Mme Bl..., 57 ans, caissière. Pemphigus vulgaire ayant évolué de mai à octobre 1944 avec lésions bulleuses étendues, fièvre irrégulière, peu améliorées par un traitement au sulfarsénol. Mort après apparition d'œdème, de diarrhée, de quelques signes d'insuffisance cardiaque.
Biopsie cutanée : Bulle par acantholyse. *Autopsie : Foie :* cardio-graisseux de 2 kgr. 800. Histol. : capsule de Glisson épaissie. Hépatite graisseuse diffuse à prédominance péri-portale. Plages à lobulation conservée, mais cellules à gros noyaux vésiculeux, atrophiques et chargés de graisse. Début de sclérose péri-portale avec fin collagène entre les travées. *Rate :* congestive, 200 gr. Périsplénie, envoyant des cloisons fibreuses dans le parenchyme. — Pulpe blanche réduite, avec artériole épaissie. Prolifération fibroblastique de la pulpe rouge avec fin réticulum collagène, renfermant polynucléaires, plasmocytes, histiocytes parfois volumineux. Nombreux grains d'hémosidérine. *Reins :* capsule épaissie. Dégénérescence homogène ou granuleuse des tubes contournés. Légère sclérose des flocculi. Épaississement du tissu interstitiel périglomérulaire et péritubulaire tendant à comprimer les tubes. *Poumons :* alvéolite œdémateuse en foyers. *Cœur :* mou, 350 gr. Sclérose interstitielle du myocarde. *Surrénales :* diminution des spongiocytes. Zones parcellaires de dégénérescence de la glomérulie avec sclérose.
N° 3625. M. Th..., 31 ans, mécanicien. Pemphigus vulgaire ayant évolüé, de janvier à octobre 1944, avec lésions bulleuses disséminées améliorées par périodes (divers traitements dont Moranyl). Mort après diarrhée et anasarque. *Biopsie cutanée :* bulle par acantholyse. *Autopsie. Foie :* épaississement de la capsule de Glisson. Hépatite graisseuse diffuse à légère prédominance portale. Cellules des travées persistantes mal colorées, contenant souvent du pigment ocre. Pas d'infiltrats. Fines travées de collagènes intertubulaires. *Rate :* capsule épaissie. Nombreueses travées scléreuses morcelant le parenchyme. Pulpe blanche réduite avec artère corpusculaire souvent quasi oblitérée. Transformation fibroblastique de la pulpe rouge avec disparition des sinus. Plasmocytes et histiocytes nombreux. Hémosidérine intracellulaire en foyers ou disséminée. *Reins :* dégénérescence homogène de nombreux tubes contournés. Flocculi normaux. Sclérose interstitielle légère. *Cœur :* imbibition et œdème du myocarde et du tissu sous-épicardique. *Poumons :* alvéolite œdémateuse avec plages d'alvéolite exsudative et diapédétique à polynucléaires. *Surrénales :* diminution des spongiocytes, zone de dégénérescence partielle avec sclérose de la glomérule.

Ces deux autopsies ont de nombreux points communs : hépatite graisseuse diffuse, rate fibroblastique, néphrite diffuse dans un cas, à prédominance tubulaire dans l'autre, surrénalité scléreuse légère. Si les lésions cardiaques sont sans doute contingentes, les lésions pulmonaires, terminales, les lésions des trois premiers organes semblent provoquées par l'affection. On peut supposer que de tels sujets succombent principalement du fait des altérations massives du foie auxquelles on peut rattacher la diarrhée et les œdèmes. De tels faits doivent inciter à la prudence dans l'utilisation des traitements arsenicaux.

Inoculation à la souris de liquide céphalo-rachidien prélevé chez deux malades atteints de pemphigus vulgaris. Premiers résultats expérimentaux, par MM. M. Bolgert et R. Mollinedo.

La transmission expérimentale du *pemphigus vulgaris* a donné lieu à des travaux contradictoires. F. S. Markham et M. F. Engman utilisant le liquide de bulles, obtiennent des résultats négatifs chez le lapin et la souris. Urbach et Wolfram, au contraire, partant de bulles, de sérum sanguin ou d'organes de malades, observent des encéphalo-myélites chez le lapin transmissibles en série. Werth détermine des kératites parenchymateuses avec le liquide de bulles. Mais ces auteurs étudient en bloc pemphigus et maladie de Dühring.

Or, l'existence dans le pemphigus, signalée par de nombreux auteurs, de lésions diverses du système nerveux, son rapprochement avec la vaccine, la variole, le zona et l'herpès (Gœrl) nous a incité à tenter la transmission du virus hypothétique du pemphigus à la souris en utilisant le liquide céphalo-rachidien de deux malades de diagnostic certain (signe de Nikolski positif. Histologie : bulle par acantholyse).

N° 3615-1. Souris inoculée le 22 septembre 1944 par injection sous-durale de 0 cm³ 1 de liquide céphalo-rachidien (Mme Bl..., caractères du liquide : 3,5 éléments au mm³, albumine, 0 gr. 38). Sacrifiée le 12e jour, présentant des signes anormaux : dos rond, poils hérissés, yeux fermés. *Foie :* effacement du dessin lobulaire ; cellules gonflées, granuleuses à noyau vésiculeux, à chromatine ponctuée ou picnotique. Infiltrat et sclérose périportales. *Rate :* sclérose collagène dense en mottes homogènes vaguement centrées par des îlots lymphoïdes représentant le reliquat de la pulpe blanche. *Myocarde :* normal. *Reins :* homogénéisation de certains tubes. Glomérules un peu rétractés avec légère augmentation des noyaux. Dissociation des tubes et des glomérules par un infiltrat fibroblastique prédominant dans la corticale. Volumineux infiltrats périvasculaires d'allure pseudo-leucémique à siège périvasculaire avec plages de sclérose hyaline.

N° 3641. Souris inoculée le 22 septembre par injection sous-durale de 0 cm³ 1, intradermique (région abdominale), de 0 cm³ 2 et intradermique (région lombaire), de 0 cm³ 2 du même liquide. Sacrifiée le 36e jour, parétique, ptosis léger. *Foie :* disparition de la lobulation par gonflement cellulaire ; cellules à protoplasme granuleux à noyaux vésiculeux. Infiltrats lymphocytaires périportaux, périsushépatiques et même intraparenchymateux. *Rate :* diminution de volume des follicules, pulpe rouge en transformation fibroblastique, avec épaississement de la substance fondamentale, et présence de quelques histiocytes volumineux. *Ganglion inguinal :* réticulose subaiguë. *Myocarde* normal, mais infiltrat sous-épicardique. *Poumons :* lésions parcellaires d'œdème. *Reins :* quelques dégénérescences cellulaires dans les tubes contournés. Infiltrats lymphocytaires volumineux à siège périvasculaire.

N° 3673. Souris inoculée le 28 octobre 1944 par injection sous-durale de 0 cm³ 1 de liquide céphalo-rachidien (M. Méz..., caractères du liquide : très hypertendu, avec 0,6 éléments au mm³ et 0 gr. 25 d'albumine). Sacrifiée le 37e jour avec amaigrissement et parésie du train postérieur. *Foie :* effacement généralisé du dessin lobulaire. Dislocation des travées. Cellules granuleuses avec gros noyaux vésiculeux. Infiltrats périsushépatiques et périportaux renfermant des polynucléaires. *Rate :* macroscopiquement 4 centimètres de long. Histologie : hypertrophie des follicules. Pulpe rouge renfermant des lymphocytes et des histiocytes parmi lesquels de très nombreux mégacariocytes. *Cœur :* myocarde normal, mais infiltrats sous-épicardiques avec formations nodulaires, à cellules vaguement épithélioïdes entourées de polynucléaires. *Poumon :* normal. *Surrénale :* normale. *Reins :* présence de cylindres cellulaires dans certains tubes contournés, avec altérations dégénératives. Glomérules un peu rétractés, riches en noyaux. Infiltrats fibroblastiques par plages périglomérulaires et péritubulaires. Infiltrats périvasculaires ainsi que dans la muqueuse des calices.

Aucune lésion cutanée dans ces trois cas.

En résumé, l'injection à trois souris par voie sous-durale et une fois intradermique de liquide céphalo-rachidien, pourtant de caractère normal ou subnormal, de deux malades atteints de pemphigus a déterminé chez ces animaux, dans un délai variable, des phénomènes parétiques et des lésions viscérales dont les plus constantes sont : une hépatite subaiguë, une néphrite interstitielle assez spéciale, et une splénite d'aspect variable, altérations voisines de celles observées par l'un de nous

à l'autopsie de deux pemphigus. Ces faits, dont l'étude est à poursuivre, sont en faveur d'un virus neurotrope transmissible à la souris et déterminant chez l'homme et chez l'animal des lésions viscérales.

Erythème noueux et sulfamide thiazolée, par MM. Rabut et Leca.

Nous venons d'observer dans notre service de Saint-Lazare, notre premier accident cutané par sulfamide thiazolée, après 4.240 cures comportant chacune, en 3 jours, de 22 gr. 50 à 45 grammes.

Maz... Rose, insoumise de 19 ans, absorbe 3 jours de suite, 7 gr. 50 de thiazomide. Le lendemain de la dernière prise, elle présente une éruption typique d'érythème noueux, avec une température de 38°, de vives douleurs articulaires dans les genoux, coudes, tibio-tarsiennes, une rougeur pharyngée et une phlyctène de la cornée gauche. Tout rentre dans l'ordre en 4 jours, après lesquels une nouvelle dose de 7 gr. 50 est absorbée dans la journée. Le soir même tous les phénomènes ont reparu, avec une température un peu plus élevée, qui persiste une semaine, au bout de laquelle tout est de nouveau rentré dans l'ordre. Une nouvelle cure de sulfamide est appliquée, cette fois avec du soludagénan : 6 grammes en 48 heures. Il ne se produit rien d'anormal. Pas d'antécédents pathologiques. Une radio du thorax montre des calcifications hilaires. Cuti-réaction et intradermo à la tuberculine sont positives. La vitesse de sédimentation est très accélérée. Le Vernes-résorcine est à 39 ; Bordet-Wassermann négatif ; urée sanguine 0,40 puis 0,30. L'élimination sulfamidée par les urines se prolonge jusqu'au 4e jour après la dernière dose de thiazomide ; elle est nulle le jour qui suit la dernière prise de soludagénan.

Interprétation. Il ne peut s'agir d'une primo-infection, celle-ci ayant déjà été réalisée antérieurement ainsi qu'en témoignent les calcifications thoraciques. L'érythème noueux est conditionné par le seul produit thiazolé. Pourquoi ? On ne peut parler ni de photosensibilisation ni de phénomène biotropique. Reste donc l'hypothèse d'une intolérance ou d'une allergie.

A propos du procès-verbal : « A propos du traitement du lupus de Willan par la méthode de Charpy », par M. J. Charpy (Dijon).

M. le professeur Nanta et M. Garric ont eu l'extrême obligeance de me faire parvenir le résumé de la communication, qu'ils ont bien voulu consacrer au traitement des lupus tuberculeux par la méthode que j'ai proposée. En administrant la vitamine D_2 *par la bouche en solution alcoolique*, ils ont obtenu « des résultats vraiment remarquables », et ceci est conforme à ce que j'avais moi-même observé.

Mais, d'autre part, M. Garric, dans deux cas particulièrement graves, a eu des guérisons particulièrement rapides *par des injections intramusculaires* de vitamine D_2 *en solution huileuse*. Ce sont là des faits nouveaux, particulièrement intéressants, mais qui ne sont nullement à l'encontre de ce que j'ai écrit.

En effet, au début de mes essais personnels, j'ai constaté que la vitamine D_2 administrée *par la bouche*, *en solution huileuse* donnait des résultats minimes dans des cas, où par la suite, la même vitamine D_2, *en solution alcoolique*, et administrée toujours *par la bouche* fit merveille.

Des *solutions huileuses*, *par voie parentérale*, *je n'ai aucune expérience personnelle, et je n'en ai pas parlé.* Je dois toutefois signaler que dans une thèse toute récente de Lyon, faite dans le service de mon maître, M. le profsseur Gaté, par son interne Vachon (1), il est rapporté deux observations qui ne sont pas en faveur du Stérogyl 15 en solution huileuse par voie parentérale. L'une de ces deux observations est particulièrement suggestive : Vachon la résume de la façon suivante : (Observation I, page 23) : « M. Mel..., 30 ans. Lupus de la face et du nez. Élé-« phantiasis du membre inférieur droit. Échec de la vitamine D par voie intra-

(1) René Vachon. Le traitement du lupus tuberculeux par la méthode de Charpy. *Thèse de Lyon*, Bosc et Riou, 1944.

« musculaire (13 injections). Amélioration très nette par la vitamine en prise buc-
« cale associée aux scarifications. »

En ce qui concerne les solutions huileuses injectables le débat est donc ouvert : l'avenir nous apprendra ce qu'il faut en penser.

Nouveau traitement de la gale par l' « huile blanche soufrée », par M. E. Lépinay (Casablanca).

L'*excipient* est l'huile blanche insecticide « White Spray » américaine dite d'été, à indice de sulfonation de 95 o/o, ou « Blanchol » ou « Volk », en gelée consistante, non irritante mais déjà parasiticide. Le *soufre sublimé* est d'abord mélangé à une petite quantité d'huile qui est ensuite incorporée à la masse, formant une crème onctueuse, ivoire, dont la *formule* est :

Soufre sublimé	100 gr.
Huile blanche	900 gr.
Camphre ou essence d'eucalyptus (facultatif)..	20 gr.

Technique. — Deux applications au pinceau ou à la main, à 10-15 minutes d'intervalle, sans bain ni savonnage préalable (125 gr. au total sont nécessaires). Conserver l'enduit 24 heures, sans s'exposer au soleil. Puis douche et changement de linge (celui-ci n'est pas souillé ni graissé). Au cas d'irritation ou de pyodermites : traitements habituels. On peut renouveler le traitement 12 ou 24 heures plus tard.

Le prix de gros, en Afrique du Nord, de l'huile blanche est inférieur à 20 francs le kilogramme.

Etiologie de la mélanose de Riehl et médication soufrée, par MM. Félix-Pierre Merklen, Jean Sallet et Michel Rathery.

Mme H..., 48 ans, nous est adressée par le Dr Bousser, qu'elle consulte au début de juillet 1944 pour une pigmentation extrêmement foncée, brun-violet-noir plutôt que café au lait, strictement limitée au visage, d'aspect légèrement réticulé, sans télangiectasies, sans aucune atrophie. Il n'y a pas de lichen plan, mais la pigmentation a succédé en décembre 1943 à une poussée d'urticaire ou d'eczéma (?) de la figure, traitée par des injections intraveineuses d'hyposulfite et a été portée à son intensité maxima à la suite de douze nouvelles injections d'hyposulfite en juin 1944. La vitamine PP a peu d'effet sur cette pigmentation, mais la vitamine C la fait disparaître peu à peu.

Cette observation récente de mélanose de Riehl nous paraît digne d'être signalée en raison d'un facteur étiologique particulier qu'elle permet d'incriminer.

Une série de données étiologiques aujourd'hui bien connues se retrouvent chez cette malade : lésions érythémateuses, œdémateuses et prurigineuses préalables ; terrain de déséquilibre neuro-endocrinien (nervosisme, troubles vaso-moteurs et bouffées de chaleur, ménopause, augmentation légère du métabolisme basal à + 11 o/o) ; restrictions alimentaires d'ailleurs discrètes (amaigrissement de 2 à 3 kilogrammes remontant à 1941), mais cependant suppression totale de la viande depuis fin 1943. Par contre, il n'y a eu aucun contact professionnel nocif et, par ailleurs, aucune thérapeutique argentique, ni mercurielle.

Il y a un contraste certain entre le caractère assez banal de ces divers facteurs étiologiques et, au contraire, l'intensité remarquable de la teinte violet-noir atteinte par la pigmentation. Les injections d'hyposulfite coïncidant nettement avec l'apparition et surtout l'intensification de la mélanose, des prises répétées de vulcase nous semblent à retenir, malgré des chiffres sensiblement normaux de soufre sanguin, relevés il est vrai à distance de toute thérapeutique soufrée et alors que la malade était déjà traitée par la vitamine PP ; notre observation est intéressante à rapprocher des travaux de Lœper sur le rôle du soufre dans la genèse de certains pigments cutanés.

Le Secrétaire de séance,
E. Lortat-Jacob.

RECTIFICATION DE COLLABORATION

Le nom du Docteur Paul Blum avait dû être supprimé de 1940 à 1944 dans les communications suivantes de la *Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie* :

14 novembre 1940, p. 300 : Atrophies...
14 novembre 1940, p. 303 : Sclérodermie...
12 décembre 1940, p. 410 : Sclérodermie...
13 février 1941, p. 111 : Cas pour Diagnostic...
10 juillet 1941, p. 501 : Fox-Fordyce...
11 décembre 1941, p. 722 : Dermatite lichénoïde...
6 octobre 1942, p. 462 : Dermatite des prés...
12 novembre 1942, p. 479 : Nævus ponctué...
8 avril 1943, p. 100 : Poïkilodermie...
8 juillet 1943, p. 290 : Tuberculides...
9 décembre 1943, p. 323 : Eczéma... Zirconium.
13 janvier 1944, p. 58 : Unna-Kaposi...

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE FILIALE LYONNAISE

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1944

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE — HOPITAL DE L'ANTIQUAILLE

Président : Pr. Gaté.

NÉCROLOGIE

L.-M. Bonnet

Nous devons, au début de cette séance, accorder une pensée à notre collègue, le Docteur L.-M. Bonnet, qui vient de disparaître après une courte maladie à l'âge de 72 ans. Médecin des Hôpitaux depuis plusieurs années, Bonnet prit le service du Docteur Sylvain Cordier, aux Chazeaux, en 1906. Il devait y rester jusqu'en 1927. Bonnet publiait peu. Il se contentait de présenter de temps à autre à la Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales, qu'il affectionnait particulièrement et dont il fut l'actif Secrétaire général, des observations cliniques toujours parfaitement étudiées. Nous lui devons toutefois quelques travaux importants sur le rôle du terrain tuberculeux dans les syphilis lichénoïdes, sur les ulcérations tuberculeuses à l'emporte-pièce, sur les pigmentations ethniques des muqueuses, sur les gommes tuberculeuses multiples et disséminées simulant la sporotrichose, sur la protéinothérapie et le cacodylate de soude intraveineux à hautes doses en dermatologie. Bonnet était très instruit ; mais il parlait peu. Son enseignement se réduisait à quelques phrases courtes, un peu sentencieuses, mais où il était facile de glaner des notions précises et utiles. Depuis 1927, bien qu'ayant gardé la direction du dispensaire antivénérien de la Croix-Rousse, Bonnet s'était confiné dans une sage retraite et nos efforts furent vains pour l'amener à fréquenter les réunions de notre filiale lyonnaise. Nous le regrettons. Il n'en demeure pas moins que Bonnet fut un excellent dermatologiste, un médecin d'une grande conscience professionnelle et d'une honnêteté scrupuleuse. Plusieurs d'entre nous ont été ses internes. A tous ces titres, nous devons accorder une pieuse pensée à sa mémoire et je suis certainement votre interprète en adressant à Mme Bonnet, à ses enfants et tout particulièrement à son fils aîné, Interne des Hôpitaux, nos très sincères condoléances.

Sur le mécanisme d'action du traitement antisyphilitique du rhumatisme blennorragique, par M. H. Thiers

A côté des cas où le traitement est efficace parce que le sujet atteint de rhumatisme blennorragique est en même temps un syphilitique, il en est où le traitement agit en l'absence de syphilis. Un homme à sérologie négative présente une polyarthrite gonococcique sur laquelle tous les traitements échouent ; il est guéri entièrement par un traitement par 12 injections intraveineuses de CyHg. Plusieurs

années après, ce malade contracte un chancre syphilitique avec présence de tréponèmes et virage de la sérologie au cours du traitement d'attaque par le bismuth, apportant ainsi la preuve qu'au moment du traitement par le CyHg il n'était pas syphilitique.

Réaction focale au cours de la maladie de Besnier-Bœck par le broyat ganglionnaire, par M. H. Thiers.

Le malade présente une maladie de Besnier-Bœck avec sarcoïdes du nez et des oreilles, lésions digitales, adénopathies. Cuti-réaction tuberculinique moyennement positive, du type tertiaire. Biopsie confirmative. On broie dans du sérum physiologique un ganglion et on étudie les propriétés biologiques de ce broyat. 1° Les intradermo-réactions à ce broyet sont négatives chez le malade et chez deux témoins ; 2° L'injection sous-cutanée de ce broyat à deux cobayes tuberculeux ne provoque aucune réaction focale ou génitale ; 3° L'injection à doses progressives par voie sous-cutanée de ce broyat au malade provoque une violente réaction focale : congestion puis ulcération et extension des sarcoïdes du visage ; tuméfactoin des phalanges qui augmentent de volume et deviennent chaudes et rouges.

Il semble donc qu'il existe dans le ganglion de Besnier-Bœck un réactogène susceptible de provoquer une réaction focale chez le malade et différent de la tuberculose ou du bacille de Koch puisqu'il est sans action chez le cobaye tuberculeux. Une telle propriété biologique est un argument de poids contre l'origine tuberculeuse de l'affection et est en faveur d'un virus autonome.

Réaction d'Herxheimer à forme de vitiligo au cours du traitement mercuriel d'une syphilis nerveuse, par MM. H. Thiers, Racouchot et Bonnet.

Une malade présente une paraplégie d'Erb discrète, avec ulcérations torpides sus-malléolaires associée à des douleurs des masses musculaires des mollets symptomatique d'une polynévrite éthylique. Il existe en plus un vitiligo extrêmement discret des mains et des avant-bras, des pieds et des jambes. Malade jamais traitée. Au cours d'un traitement par le CyHg par ailleurs bien supporté et curatif des ulcérations des jambes, on assiste à une évolution du vitiligo dont les éléments se surpigmentent, pour les uns se décolorent entièrement pour les autres, sans que l'on puisse noter une phase érythémateuse initiale.

Cette aggravation d'un vitiligo à peine ébauché peut être considéré comme une réaction d'Herxheimer, quel que soit le mécanisme de production du vitiligo.

Herpès gestationis, par MM. H. Thiers, Racouchot et Bonnet.

Il s'agit d'un cas typique d'*herpès gestationis* dont l'intérêt est que la première poussée éruptive a revêtu les caractères d'un érythème polymorphe parfaitement typique, apparu au cours d'une grossesse et dont on a assisté à la transformation progressive en maladie de Duhring-Brocq.

Traitement du psoriasis par un sel organique d'antimoine, par MM. H. Thiers, Racouchot et Bonnet.

Les auteurs ont traité 30 cas de psoriasis par du Pentastib par voie intraveineuse (15 injections de 1 gr. au rythme de 2 à 3 par semaine en association avec l'atropine en cas de troubles digestifs). Vingt d'entre eux ou bien ont résisté ou bien n'ont été que partiellement blanchis. Dix d'entre eux ont été blanchis, les succès les plus beaux répondant à des psoriasis récents à caractères très éruptifs. Souvent l'état général du malade a été très amélioré. Il ne s'agit pas d'une guérison mais d'un simple blanchiment : un malade a récidivé et la rechute a été stibio-résistante.

Un cas de maladie d'Ehlers-Danlos, par MM. M. Bernheim, Jeune et Flattot.

Les auteurs présentent une fillette suivie depuis le début de l'année 1944 pour une primo-infection tuberculeuse ganglio-pulmonaire actuellement calcifiée. Cette enfant présente une dystrophie cutanée localisée au front, aux coudes, aux avant-bras et surtout aux genoux et aux chevilles, dystrophie caractérisée par une peau amincie, lâche, pigmentée et des cicatrices mollasses. La peau à ce niveau peut être anormalement étirée. Cette dystrophie remonte au premier âge. Au moindre choc il se produit des ecchymoses et la peau fragile se fend, ce qui explique les cicatrices constatées. Laxité articulaire peu marquée. En somme, hyperlaxité cutanée, diminution de la résistance de la peau et fragilité vasculaire.

Il s'agit d'un cas indiscutable de syndrome d'Ehlers-Danlos. La biopsie a confirmé ce diagnostic.

Néphrite aiguë scabiéique chez deux enfants de la même famille dont un frère mourut quelques jours plus tôt d'une néphrite de même origine semble-t-il, par M. J. Duverne (de Saint-Etienne).

L'auteur rapporte l'observation de deux enfants de la même famille qui présentèrent des néphrites scabiéiques sévères et dont le frère mourut quelques jours plus tôt d'une néphrite aiguë de même origine. Il soulève l'hypothèse d'une débilité rénale congénitale ayant pu favoriser l'apparition de ces néphrites chez les trois enfants.

Syphilis lupoïde du visage, par M. J. Duverne.

L'auteur présente un cas de syphilis du visage qui avait été considéré et traité comme un lupus tuberculeux d'après son aspect clinique. L'essai de la méthode de Charpy n'ayant donné aucun résultat, la malade fut revue entièrement et une inégalité avec irrégularité pupillaire permit de poser le diagnostic de syphilis et d'entreprendre un traitement bismuthique qui amena la guérison.

Adénite tuberculeuse sus-sternale rebelle au traitement héliomarin et cicatrisée rapidement par la vitaminothérapie suivant la méthode de Charpy, par M. J. Duverne.

L'auteur présente un cas d'adénite tuberculeuse sus-sternale fistulisée, qui ne fut pas améliorée par la cure hélio-marine et qui fut cicatrisée complètement en un mois par le traitement de Charpy, alors que celui-ci restait sans aucune action sur une entérite tuberculeuse évoluant en même temps chez la malade.

Bismutho-résistance clinique et sérologique dans un cas de syphilis récente à type de syphilis tertiaire gommeuse du cuir chevelu, par MM. J. Gaté et Feroldi.

Sujet de 24 ans qui contracte la syphilis en mars 1944, diagnostiquée en avril (roséole, Bordet-Wassermann très positif). Malgré un traitement au Muthanol correct apparaît en juillet une lésion gommeuse à type tertiaire du cuir chevelu qui s'ulcère et se creuse. La cicatrisation est obtenue deux mois plus tard après qu'on eut substitué au muthanol un traitement mixte par le cyanure, l'iodure et le novarsénobenzol.

Sarcome de la région cervicale à cellules indifférenciées, par MM. J. Gaté et Feroldi.

Jeune homme de 23 ans présentant une volumineuse tumeur ulcérée de la base du cou évoluant depuis six semaines sans douleurs, accompagnée de prolongements profonds et d'adénopathies dans les territoires voisins. Le diagnostic clinique est celui de

sarcome polymorphe que la biopsie confirme tout en montrant l'aspect uniformément indifférencié des cellules. Un traitement radiothérapique amène très rapidement une diminution de volume de la tumeur. Récidive trois semaines plus tard par apparition de métastases radio-sensibles, puis nouvelles métastases.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à manifestations cutanées et ganglio-pulmonaires, par MM. J. Gaté et Feroldi.

Jeune femme de 33 ans sans aucun antécédent pathologique ni tuberculeux qui consulte pour des sarcoïdes de la face et du cou évoluant depuis plus d'un an. Une biopsie confirme le diagnostic.

L'examen révèle en outre une adénopathie axillaire droite, des ganglions hilaires sur la radiographie pulmonaire. Lésions minimes du squelette. Foie et rate non perçus. Conjonctivite banale sans lésion du tractus uvéal. La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Mise au traitement de Charpy pendant deux mois sans résultat.

Epithélioma spino cellulaire végétant volumineux de la joue (Travail de la clinique dermatologique de l'Antiquaille, Pr J. Gaté), par MM. P. Cuilleret, Bonnet-Eymard et Vachon.

Il s'agissait d'une énorme masse néoplasique de la joue droite remontant jusqu'au niveau de l'œil. On en commence l'excision par coagulation et on complète la thérapeutique par quelques séances de radiothérapie profonde. Magnifique résultat thérapeutique. Présentation de photographie avant et après traitement.

Un cas de maladie de Ritter von Rittersheim, par MM. J. Gaté, P. Bondet et Feroldi.

Nourrisson de 8 jours mort en 48 heures de maladie de Ritter. L'examen histologique montre une congestion vasculaire généralisée, des lésions de glomérulo-néphrite discrète et une surcharge pigmentaire du foie.

Syphilis tertiaire tuberculo-ulcéreuse serpigineuse remontant à 20 ans (Travail de la clinique dermatologique de l'Antiquaille, Pr J. Gaté), par MM. P. Bondet, Vachon et Bonnet-Eymard.

Très curieuse architecture des lésions qui dessinent de longs sillons circinés, symétriques, sur les cuisses et les flancs. Réaction sérologique très positive. Cicatrisation rapide par le traitement arséno-bismuthique.

Gangrène diabétique de la jambe et de l'avant-pied avec décalcification sous-jacente (Travail de la clinique dermatologique de l'Antiquaille, Pr J. Gaté), par MM. P. Cuilleret, Bonnet-Eymard et R. Vachon.

Apparition chez une grande diabétique, à la suite d'un traumatisme, de deux plaques gangréneuses sur la jambe et le bord interne de l'avant-pied gauches. Sous l'action de la thérapeutique insulinique associée au mercurochrome intra-artériel, à la sulfamidothérapie à fortes doses *per os* et localement, la plaie de la jambe se ferma vite. Par contre, celle de l'avant-pied est atrocement douloureuse, profonde (le stylet explorateur butte jusqu'à l'os). Une radiographie montre en regard de cette escarre une grosse décalcification avec floue des interlignes articulaires. Tout en continuant l'insuline, on met la malade à la vitamine D. Cicatrisation rapide, disparition des douleurs, recalcification nette du massif osseux.

Syphilides végétantes du pharynx. syphilides érosives de la lèvre inférieure à évolution centrifuge et à larges placards, par M. P. Cuilleret.

Observation d'une jeune malade atteinte de syphilides secondaires dont les éléments sont particulièrement développés au niveau de la bouche et du pharynx : sur la muqueuse de la lèvre inférieure se sont en particulier développés deux éléments circinés ayant les dimensions d'une pièce de un franc.

Deux cas de pityriasis versicolor achromiant plusieurs mois après insolation, par M. P. Cuilleret.

Deux jeunes sujets (14 ans 1/2 et 18 ans) ont présenté des éléments dépigmentés de la région interscapulaire et dorso-lombaire à type de vitiligo ; l'examen direct a mis en évidence dans les squames du grattage récoltées à la surface des plaques dépigmentées le *microsporon furfur*. Tous ces éléments achromiques étaient apparus deux mois et demi environ après les bains de soleil.

Traitement de la gale par l'extrait de pyrèthre, par MM. P. Cuilleret et J. Coudert.

Utilisation de l'extrait aqueux titrant 2 gr. 75 o/o de pyréthrines mis en émulsion dans l'eau au taux de 5 o/o avec addition de 5 o/o d'un mouillant (alcools terpéniques sulfonés). Huit cas traités chez l'adulte en deux applications. Dix cas traités chez l'enfant en trois applications. L'intérêt réside dans l'absence d'irritation et d'eczématisation secondaire au traitement. Les produits sont d'origine française et faciles à se procurer et d'un prix de revient modéré.

Deux cas d'érysipèle à staphylocoques, par MM. J. Gaté, P. Cuilleret et J. Pellerat.

Premier malade. Furonculose depuis un an ; apparition depuis 3 jours après un furoncle du cuir chevelu d'une très grosse adénopathie sterno-mastoïdienne et d'un œdème important de la région frontale et orbitaire. Température à 39°5. A l'entrée, œdème considérable du front, chemosis libalétal franchement inflammatoire, douloureux à la pression mais sans bourrelet net ; adénopathie cervicale bilatérale. Température à 40°. Légère prostration. Ni glycosurie, ni albuminurie. Hémoculture négative. Apparition récente d'une phlyctène volumineuse dont la sérosité contient du staphylocoque doré. Par une sulfamidothérapie intensive (2632 RP 15 gr. par jour) + Lugol (L gouttes par jour), amélioration très rapide. Chute thermique en deux temps. Disparition complète de l'œdème en 48 heures et diminution considérable des adénopathies. En 5 jours l'évolution se fait vers la guérison.

Deuxième malade. Enfant de 11 mois, hospitalisée pour impétigo bulleux étendu à tout le visage avec lésions érysipélatoïdes de chaque côté du nez. Température à 39°. On pense à un érysipèle bulleux mais pas de bourrelet net. De plus, lésions bulleuses à distance. Par un traitement par le Fontamide (6 gr. × 4 jours, 5 gr. × 4 jours) + Solucamphre et Percortène, amélioration avec chute thermique à 38°. Quelques jours après l'état local s'aggrave à nouveau. Lésion érysipélatoïde médio-faciale sans bourrelet. De plus, à la base du nez, aux paupières et aux sourcils, énorme bulle et œdème facial important. Liquide louche contenant du staphylocoque doré à l'état pur. La reprise des sulfamides (2632 RP 3 gr. × 4 jours, 2 gr. × 1 jour) et des pansements locaux au Solufontamide font disparaître totalement les lésions en 5 jours.

Recherches humorales dans la mélanose de Riehl. Leurs résultats, par MM. J. Gaté, H. Thiers, J. Pellerat, R. Bonnayme et Mlle Murat.

Les diverses hypothèses soulevées à propos de la pathogénie de la mélanose de Riehl n'ont éclairé qu'imparfaitement le problème. Nous avons cherché dans différentes voies (1) et nous avons relevé certaines anomalies constantes. Suivant l'hypothèse de l'un de nous, les troubles pigmentaires devaient s'accompagner d'une modification du métabolisme des phénols. Chez 24 sujets étudiés à ce point de vue, on nota effectivement un taux anormalement bas des phénols urinaires avec un taux sensiblement normal des phénols sanguins. Ce test est général au cours de toutes les pigmentations quelle qu'en soit l'origine : nous l'avons rencontrée chez un addisonnien, dans diverses pigmentations post-eczémateuse, arsenicale, parasi-

(1) R. Bonnayme. *Contribution à l'étude de la mélanose de Riehl* (Thèse Doct. en méd. Lyon, 1945).

taire et dans deux nævo-carcinomes. Une autre modification constante chez les pigmentés a été notée, à savoir l'élévation du cholestérol chez 23 sujets étudiés (1 gr. 90 à 2 gr. 70), alors que dans un cas de maladie d'Addison, on n'a trouvé que 0 gr. 50. Chez 5 sujets, nous avons par ailleurs trouvé une histaminémie anormalement basse (0 γ, 15 γ, 22 γ, 20 γ, 47 γ). La carence en vitamine C n'a pas été mise en évidence de façon nette. On a noté un léger retard à l'élimination de la charge chez 5 sujets, mais cette épreuve a été pratiquée au printemps et nous ne lui accordons aucune valeur démonstrative. Les autres investigations (étude de la bilirubinémie, de la caroténémie, de l'élimination urinaire de l'acide pyruvique, du fonctionnement hépatique) sont restées normales. D'autre part, nous avons étudié le métabolisme basal de trois malades (deux fois métabolisme basal normal, une fois diminution 22 o/o).

Certaines modifications métaboliques sont constantes chez ces malades. Elles nous paraissent liées beaucoup plus à un déséquilibre alimentaire prolongé qu'à une carence en facteur vitaminique défini.

Premiers résultats obtenus avec la pénicilline dans les staphylococcies cutanées (Travail de la clinique dermatologique de l'Antiquaille, Pr J. Gaté), par M. J. Pellerat.

L'activité remarquable de la pénicilline sur le staphylocoque doré tant *in vitro* qu'*in vivo* nous a incité à étudier son action dans quelques cas de staphylococcies cutanées. Nous avons traité 5 anthrax dont un localisé à la lèvre inférieure (3 anthrax volumineux très douloureux et fébriles, 2 anthrax très douloureux apyrétiques). Le traitement consista en injections locales quotidiennes de 3.000 à 1.000 unités pendant plusieurs jours. Bien que la pénicilline ait été dissoute dans de la scurocaïne à 2 o/o, les premières injections furent douloureuses mais l'activité du médicament se manifesta très rapidement : disparition des douleurs spontanées et apyrexie obtenues en 24 à 48 heures; atténuation nette de l'état inflammatoire. Dans un cas pris au début, régression spontanée; dans les autres formes, réparation des dégâts anatomiques dans les délais normaux.

Dans un ecthyma et une pyodermite végétante, les applications locales de pénicilline (500 U. par cm^3) se montrèrent irritantes et d'activité inférieure à la sulfamidothérapie locale ou au traitement classique (oxyde jaune, eau de Dalibour).

Recherches humorales au cours du traitement des tuberculoses cutanées par la méthode de Charpy (Travail de la clinique dermatologique de l'Antiquaille, Pr J. Gaté), par MM. J. Pellerat, R. Vachon, J Brudon et Mlle Murat

L'emploi de fortes doses répétées de vitamine D_2 pouvait faire craindre l'apparition d'accidents d'hypervitaminose. La surveillance clinique des malades soumis à la méthode de Charpy nous révèle l'innocuité de ce traitement (1). Nous avons par ailleurs étudié la calcémie, la phosphorémie, la phosphatasémie de 9 malades avant traitement et après l'administration de 150 à 180 milligrammes de calciferol en 2 à 3 mois. Dans aucun cas, nous n'avons noté d'augmentation de la calcémie. Celle-ci se situait entre 85 milligrammes et 100 milligrammes avant traitement et les mêmes taux étaient retrouvés en fin de traitement. Les taux de la phosphorémie situés entre 35 et 65 milligrammes ont été modifiés dans trois cas, se traduisant par une augmentation notable (150, 159, 168 mgr.), fait déjà signalé par J. Decourt, Guillemin, Guillaumin et Garin) (2). Dans 6 cas étudiés, la phosphatasémie n'a subi des variations que dans 2 cas (1 unité à 7 unités-3 U. à 5 U.). Chez 2 malades enfin, l'un de nous a étudié les variations horaires après l'ingestion d'une dose

(1) R. Vachon. *Thèse doctorat en médecine*, Lyon, 1944.
(2) *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 25 juin 1944.

de 15 milligrammes de Stérogyl et n'a noté aucune variation de la calcémie, de la phosphorémie ou de la phosphatasémie.

Il nous a paru par ailleurs intéressant d'étudier la cholestérolémie. Chez 18 sujets ayant reçu de 150 à 375 milligrammes de vitamine D_2, le taux du cholestérol était normal dans 7 cas (1 gr. 30 ou au-dessus) entre 1 gr. et 1 gr. 30 dans 7 cas. Dans 4 cas (3 lupus, 1 ulcération gommeuse tuberculeuse) où le traitement se soldait par des échecs, la cholestérolémie était inférieure à 1 gramme, trois de ces malades présentaient des signes importants d'imprégnation bacillaire.

Traitement du psoriasis par les sels d'antimoine (Travail de la clinique dermatologique de l'Antiquaille, Pr J. Gaté), par M. J. Pellerat.

Nous avons essayé les sels d'Antimoine (Pentastib) chez 8 psoriasiques dont l'affection était ancienne. Dans 2 cas une amélioration se dessina après les premières injections (3 à 5 gr.) se traduisant par une atténuation des éléments éruptifs du visage et de la partie supérieure du tronc. Malgré la poursuite du traitement qui, au total, comportait des doses de 18 à 20 grammes, cette amélioration ne s'affirma pas et dans aucun cas nous n'avons obtenu de blanchiment complet. M. Thiers a observé des blanchiments chez des sujets dont le psoriasis était récent, ceci explique sans doute les différences de réaction à l'antimoine de ses malades et des nôtres. Le mécanisme d'action de l'antimoine organique paraît mystérieux et on peut se demander si les améliorations obtenues ne sont pas dues à un mécanisme de choc ou encore d'allarsothérapie.

Polynévrite arsenicale avec leuconychie et réactions cutanées particulières des orteils, par MM. J. Gaté, A. Devic et J. Pellerat.

Polynévrite arsenicale des membres inférieurs et supérieurs évoluant depuis 6 semaines chez un sujet de 39 ans. Apparition récente (5e semaine de l'évolution) d'une éruption localisée au dos des orteils, à la face dorsale de l'avant-pied et sur le bord interne des deux pieds, éruption constituée d'éléments érythémato-pigmentés dont certains présentent un caractère purpurique en piqueté. Par ailleurs, état rugueux de la peau se continuant sur le tiers inférieur des jambes avec kératose pilaire, et leuconychie de plusieurs ongles des doigts (territoire du médian). L'éruption érythémato-pigmentée s'est effacée en 15 jours laissant derrière elle une pigmentation brunâtre pendant que d'autres éléments de l'arsenicisme chronique cutané apparaissaient ; kératose plantaire, péri-mamelonnaire, exagération de la rugosité cutanée et de la kératose pilaire, pigmentation brunâtre de l'abdomen sur laquelle se détachent de très nombreuses zones de coloration normale de dimension lenticulaire.

Les tuberculoses cutanées paraganglionnaires. Étude clinique et expérimentale, par MM. Brun, Viallier et Feroldi.

Trois cobayes inoculés par voie intraveineuse avec du broyat de ganglion tuberculeux ont présenté des lésions cutanées reconnues cliniquement comme tuberculides papulo-nécrotiques. Histologiquement l'un présentait une lésion typique d'acnitis miliaire, les deux autres des lésions d'un type particulier voisin des tuberculides mais qui ne semblent pas pouvoir être identifiées aux lésions décrites sous ce nom.

Ces trois cobayes sont décédés de tuberculose généralisée.

A propos de deux observations d'histiocytomes (Travail du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Lyon), par MM. J.-F. Martin et Feroldi.

Deux malades atteints de petite tumeur de la jambe. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'histiocytomes avec surcharge graisseuse et pigmentaire des cellules dont certaines se présentent avec l'aspect plasmodial. L'intérêt des deux cas réside

dans l'abondance du collagène qui se présente sous l'aspect de larges faisceaux anhistes aux propriétés tinctoriales un peu particulières.

Influence des bombardements aériens sur l'apparition de certaines dermatoses, par M. J. Delbos (de Toulon).

L'auteur rapporte 2 cas de psoriasis, 2 cas de pelade, 3 cas d'eczéma papulo-vésiculeux, 5 cas de névrodermites, 10 cas d'érythème facial compliqué ou non de pustulettes miliaires ou d'acné, qui paraissent bien avoir été déclenchés ou réveillés par le choc émotif inhérent aux bombardements. Dans quelques-uns de ces cas, l'hyperhistaminémie pourrait être invoquée, sans que la preuve ait pu en être apportée.

Un procédé de traitement de la blennorragie, par M. G. Chanial.

L'auteur, après 3 jours de thérapeutique sulfamidée (10 gr. de thiazomide par jour), a essayé d'employer chez l'homme lorsque l'écoulement a presque disparu, la vieille méthode du traitement abortif, 3 jours d'instillations urétrales avec une solution d'argyrol à 20 o/o. Expérimentée dans 13 cas d'urétrite antérieure récente non compliquée, cette méthode lui a donné 8 succès.

Le secrétaire,
P. Cuilleret.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS [1]

(1) Les lettres **R. N.** placées avant un ou plusieurs chiffres de la pagination indiquent que ce ou ces chiffres concernent la Réunion dermatologique de Nancy.
Les lettres **R. L.** placées de la même façon indiquent la Réunion dermatologique de Lyon.

F

G

H

J

K

L

M

TABLE DES MATIÈRES [1]

(1944)

A

(1) Les lettres **R. N.** placées avant un ou plusieurs chiffres de la pagination indiquent que ce ou ces chiffres concernent la Réunion dermatologique de Nancy.
Les lettres **R. L.** placées de la même façon indiquent la Réunion dermatologique de Lyon.

F

G

M

N

T

U

Le Gérant : G. Masson.

DÉPÔT LÉGAL : 1945, 2e TRIMESTRE, No D'ORDRE 87. MASSON ET Cie, ÉDITEURS, PARIS
BARNÉOUD FRÈRES ET Cie, IMPRIMEURS (31.0566), LAVAL, No 226. — 5-1945.